VOL. 28 N.º 2

ANAIS BRASILEIROS
DE
DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

JUNHO DE 1953

DIREÇÃO

Diretor: ANTAR PADILHA GONÇALVES, Rio de Janeiro
Redator-chefe: F. E. RABELLO, Rio de Janeiro
Redator-secretário: PERILO G. PEIXOTO, Rio de Janeiro

REDAÇÃO

D. PERYASSU, Rio de Janeiro
E. DROLHE DA COSTA, Rio de Janeiro
ENNIO CAMPOS, Rio Grande do Sul
GLYNE L. ROCHA, Rio de Janeiro
H. CERRUTI, São Paulo
J. THIERS PINTO, Rio de Janeiro
OSWALDO G. COSTA, Minas Gerais

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

ARSENOTERAPIA
INTRAMUSCULAR

ACETYLARSAN

Óxi-acetilamino-fenilarsinato de dietilamina

SOLUÇÃO NEUTRA E ESTÉRIL
ALTO TEOR EM ARSÊNICO
AÇÃO ANALÉPTICA

SÍFILIS ADQUIRIDA OU CONGÊNITA
NEUROSSÍFILIS
ESPIROQUETOSES
AMEBÍASE
DERMATOSES DIVERSAS

ACETYLARSAN PARA ADULTOS

Caixas de 10 e de 100 ampolas de 3 cm³ de solução a 23,6%

ACETYLARSAN INFANTIL

Caixas de 10 e de 100 ampolas de 2 cm³ de solução a 9,4%

Rhodia

A marca de confiança

COMPANHIA QUÍMICA
RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 — SÃO PAULO, S P

R - 101 - 452

DERMO-PLASTOL

PASTA POROSA

Ácido ortoxilbenzoico, oleos volateis de origem vegetal.

TRATAMENTO DOS ECZEMAS

ECZEMAS, ERITEMAS, RACHADURAS, QUEIMADURAS. HERPES. IMPETIGO.

CALMANTE, ANTIPRURIGINOSA, REDUTORA-QUERATOPLASTICA.

LABORATÓRIOS ENILA S. A. - RUA RIACHUELO, 242 - C. POSTAL 484 — RIO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 — SÃO PAULO

Em tôdas as síndromes alérgicas

A moderna terapêutica dissensibilisante inespecífica:

Allergina

Hormônios concentrados do fígado
Baço — Hipótise — Suprarrenal
sob forma injetável

UM PRODUTO DO

INSTITUTO BIOCHIMICO

PAULO PROENÇA
Rua Voluntários da Pátria, 286
RIO DE JANEIRO

Novo Hematínico Terapêutico Oral!

RUBRAGRAN é um verdadeiro hematínico terapêutico, fornecendo doses elevadas dos quatro fatores fundamentais para a produção normal dos glóbulos vermelhos.

Fórmula do RUBRAGRAN:

	1 Cápsula fornece:	1 Cápsula três vêzes ao dia fornece:
Vitamina B_{12}	25 mcg	75 mcg
Ácido Fólico	1,67 mg	5 mg
Ácido Ascórbico	100 mg	300 mg
Ferro (elementar)	67 mg	200 mg
como sulfato ferroso exsic.	230 mg	690 mg
Fígado Dessecado (como agente estabilizante)	100 mg	300 mg

Tubos com 25 e 100 cápsulas

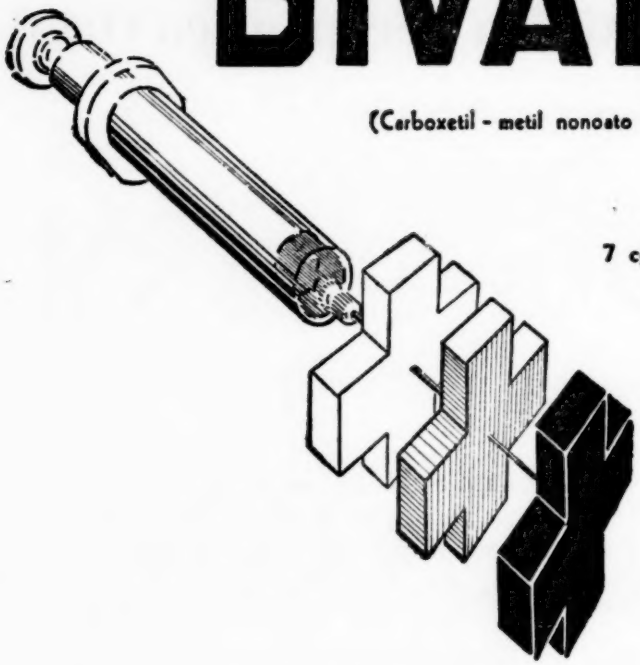
A anemia perniciosa Addisoniana não deve ser tratada com preparados orais. Deve-se usar a Rubramina, o Rulivan e Injeções de Fígado por via parenteral.

SQUIBB

"RUBRAGRAN", "RULIVAN", "RUBRAMINA" são nomes registrados por E. R. SQUIBB & SONS

BIVATOL

(Carboxetil - metil nonoato básico de bismuto)



7 cg. de Bi metálico
por ampola

SAL LIPOSSOLÚVEL DE BISMUTO

Os sais lipossolúveis resolveram o problema da bismutoterapia da Sifilis, tornando o metal mais eficaz, mais regularmente assimilável e melhor tolerado.

Caixas com 6 e 100 ampolas de 1,1 cm³

SARSA

LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO - ROUSSEL S. A.

RIO DE JANEIRO

Biv-8

FILIAL DO RIO DE JANEIRO

PROPAGANDA — Rua 1.º de Março n.º 6 - 1.º andar

GLICOSE A 50%

AMPOLAS COM 10 CM³

A

"GLICOSE TORRES"

É SUBMETIDA
A RIGOROSAS PROVAS
DE ESTERILIDADE,
INOCUIDADE E DE
ISENÇÃO DE PIROGÊNIO

GLICONECROTON

PREENCHE TODOS OS REQUISITOS
PARA UM SEGURO EMPRÊGO DA GLICOSE

ainda
maior
segurança

COMBISUL

Schering

A inclusão da sulfacetamida no COMBISUL representa um notável progresso no tratamento pelas combinações sulfamídicas.

O COMBISUL é menos tóxico e mais eficaz.

COMBISUL

Tubo com 20 comprimidos de 0,50 g
Cada comprimido contém
0,18 g de sulfacetamida,
0,16 g de sulfadiazina e
0,16 g de sulfamerazina.

COMBISUL

Schering

INDÚSTRIA QUÍMICA E FARMACÊUTICA SCHERING S/A
RIO DE JANEIRO
S. PAULO • P. ALEGRE • RECIFE • B. HORIZONTE • FORTALEZA • JUIZ DE FORA

Especialmente indicado nas crianças

•

Piribenzamina Elixir

Antialérgico de máxima eficiência e boa tolerância

A "Piribenzamina" caracteriza-se por sua notável capacidade de inibir os efeitos da histamina. Da enérgica ação anti-histamínica decorrem suas grandes possibilidades de aplicação clínica, que abrangem o vasto campo das afecções alérgicas e reações anafilácticas. Em pediatria, o elixir de "Piribenzamina" é particularmente indicado, por sua fácil administração.

PRODUTOS QUÍMICOS CIBA S. A.

A "Piribenzamina" em geral é muito bem tolerada, mesmo administrada em altas doses. Os efeitos secundários, aliás raros, são desprovidos de importância e, na maioria das vêzes, desaparecem com poucos dias de tratamento ou, eventualmente, mediante redução da dose.

POSOLOGIA

Adultos: 1 comprimido ou 10 cm^3 de Elixir (cêrca de 2 colheres das de chá), quatro vêzes por dia.

Crianças: Um têrço à metade da dose indicada para os adultos.

Os lactentes toleram doses de 10 a 20 mg. Às criancinhas geralmente se prefere administrar o Elixir.

Aplicação de pomada: A aplicação de pomada só ou acompanhada com a administração oral, costuma proporcionar bons resultados nas afecções localizadas.

Piribenzamina

Elixir (1 cm^3 = 5 mg de "Piribenzamina")

Comprimidos de 50 mg

Pomada a 2%

GRAFICAS BLOCH S. A. RIO - SÃO PAULO

Novo Antibiótico Cristalino bem Tolerado e de Grande Alcance

- A atividade de *alto alcance* da "Iloticina" (Eritromicina, Lilly) facilita a sua aplicação a um grande número de infecções comuns.
- *A "Iloticina" foi bem tolerada* durante os ensaios clínicos. Até agora não há indício de toxidade. Na molécula dêsse antibiótico não há nitrobenzol.
- *Nas pessoas alérgicas à penicilina,* mas com infecções penicilino-sensíveis, a "Iloticina" tem provado ser muito eficaz e adequada para uso interno.
- *Quando as infecções são resistentes a outros antibióticos,* principalmente as estafilococias, a "Iloticina" provou ser especialmente útil.
- *A "Iloticina"* não destrói o colibacilo, podendo, assim, causar menor incidência de reações gastrintestinais do que os outros antibióticos..
- *A "Iloticina" é eficaz por via oral.*

Já foram obtidos excelentes resultados clínicos (*) com a "Iloticina" em pneumonia pneumocócica, bacteriemia estafilocócica, pioderma, tonsilite folicular, faringite aguda não específica, erisipela grave, angina séptica, abscesso peritonsilar, faringite virulenta e celulite.

(*) Referências:

1. Heilman, F. R., Herrell, W. E., Wellman, W. E., and Geraci, J. E.: Some Laboratory and Clinical Observations on a New Antibiotic, Erythromycin ("Ilotycin"), Proc. Staff Meet., Mayo Clin., 27: 285 (16 de julho), 1952.
2. Haight, T. H., and Finland, M.: Laboratory and Clinical Studies on Erythromycin, New England J. Med., 247: 14 de agôsto de 1952 (no prelo).
3. Smith, J. W.: Experience with a New Antibiotic, "Ilotycin" (Erythromycin, Lilly), inédito.

Lilly

a Originadora da Eritromicina

ELI LILLY AND COMPANY OF BRAZIL, INC.
São Paulo, S. P.

Bi solúvel

NATROL

TÁRTARO BISMUTATO DE SÓDIO HIDRO-SOLÚVEL

"A"

10,5 mg de Bi
em 2 cm3

"B"

21 mg de Bi
em 2 cm3

ALTO ÍNDICE TERAPÊUTICO
AÇÃO RÁPIDA
AUSÊNCIA DE FENÔMENOS TÓXICOS

LAB. CLÍNICO SILVA ARAÚJO S.A. RIO

LABORATÓRIO CLÍNICO SILVA ARAÚJO S. A.
CAIXA POSTAL 103 - RIO DE JANEIRO

NAS AFECÇÕES CRÔNICAS E AGUDAS
DO FÍGADO, RESPECTIVAMENTE,
HEPATOXIDIN E NIACINAMIDA
PINHEIROS

NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO
DA ARTERIOSCLEROSE,
P. O. L.
(PRINCÍPIOS OXI-LIPOTRÓPICOS)
PINHEIROS

NAS QUEIMADURAS

EMULTHIAZAMIDA

Emulsão de 149 RB, Uréia e Vitamina A

BACTERICIDA
ANALGÉSICA
QUERATOPLÁSTICA

Queimaduras de todos os graus
Radiodermites – Sicose
Escaras de decúbito
Ulcerações da pele e das mucosas
Abscessos – Fleimões – Adenites
Impetigem – Balanopostite

Tubo de 30 g
Pote de 1.500 g

ANTIMICÓTICO

MYCODECYL

Undecilenatos de zinco e de cálcio

Micoses dos espaços interdigitais
Micoses das pregas cutâneas
Intertrigem – Tricoficias
"Pityriasis versicolor"
Onicomicoses
Micoses eczematiformes

Tubo pulverizador de 10 g

COMPANHIA QUÍMICA

RHODIA BRASILEIRA

CAIXA POSTAL 8095 • SÃO PAULO, SP

– R – 128 – 152

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia
Caixa postal 389 — Rio de Janeiro

VOL. 28 | JUNHO DE 1953 | N.º 2

Relação entre tempo e dose na penicilinoterapia, especialmente no que se refere à bouba

(1) Bases laboratoriais para uma terapêutica eficiente

Delmas K. Kilchen, M. D. e Charles R. Rein, M. D.
New York

A descoberta, o desenvolvimento e o emprêgo inteligente de qualquer agente terapêutico específico exige uma sequência metódica nos estudos referentes às suas ações tóxica e farmacológica, bem como, à sua eficiência clínica. Além disso, devem ser determinadas as vias preferíveis de administrá-lo e os tipos adequados de preparação.

Não importa possuir o agente terapêutico mais eficaz na prevenção, no tratamento ou na cura de um processo mórbido, se a sua escassez, a sua toxicidade ou a sua instabilidade impedirem um emprêgo seguro, adequado e eficiente.

Quando as exigências da recente Guerra Mundial tornaram disponível a penicilina, imediatamente surgiram certos problemas cujas soluções residiam em dosagens e determinações, que permitissem a sua mais eficiente aplicação.

Admitiu-se, mas não se provou, que houvesse uma relação física, definida, entre a concentração de penicilina, nos líquidos circulantes, e a sua presença no sítio tecidual da infecção.

Eagle (1) expressou a crença de que a sensibilidade — "in vitro" — de um micro-organismo, à ação da penicilina, traduzisse, de modo muito aproximado, a sua sensibilidade — "in vivo" — no local da infecção.

Cedo, foram realizadas tentativas no sentido de determinar a quantidade de penicilina, presente, de fato, nos diversos tecidos.

Para se chegar, porém, aos valores exatos de tal determinação, encontrou-se um impecilho, qual fôsse a impossibilidade de extrair a penicilina dos tecidos, para ensaio, sem que estivesse presente uma porção do extrato, representando a penicilina do sôro. Daí, concluir-se que uma indicação, útil e correta, senão uma representação bem aproximada da penicilina tecidual pudesse ser obtida, por meio da dosagem de sua concentração no sôro.

Tornou-se, portanto, necessário tentar processos de dosagem da penicilina, no sôro.

Do Departamento de Dermatologia e Sifilografia da "Post-Graduate Medical School", Universidade de New York (Catedrático: Dr. Marion B. Sulzberger).

Apresentado ao Simpósio de Contrôle da Bouba, promovido pela Organização Mundial de Saúde, das Nações Unidas, e realizado de 14 a 30 de março de 1952, em Bangkok, Tailândia.

Hoje em dia, pode-se dizer que, virtualmente, a medida de atividade antibiótica da penicilina está na dependência total do ensaio micro-biológico.

Outros métodos existem, para essa determinação, tais como o químico (2) e o espectrofotométrico (3), mas, estes, se reduzem, em princípio, a processos comerciais para o contrôle de crescimento, produção e purificação.

Algumas das técnicas mais recentes de microscopia eletrônica (4), empregadas em estudos relativos ao modo de ação da penicilina, constituem, essencialmente, métodos de pesquisa, que não serão discutidos aqui.

A superioridade do processo microbiológico, para a medida de atividade da penicilina, nos líquidos circulantes, é devida, em princípio, ao fato de que a presença de fatores naturais de inibição, inativantes ou reativantes, invalidam, de modo virtual, os processos de ensaio, físicos ou químicos.

Há dois métodos biológicos, principais, para a determinação da atividade anti-bacteriana, os quais empregam o uso alternado da: (a) difusão em agar, ou (b) da diluição em caldo.

a) No processo do agar em placa, aplica-se usualmente um volume da solução de penicilina, em diluição apropriada (0.025 a 2.0 unidades Oxford, por cc.), numa cuba metálica, ou sôbre um disco de papel filtro à superfície do agar, convenientemente semeado com um micro-organismo sensível. Em nosso laboratório de experimentação microbiológica, no Bellevue Hospital, estudamos a aplicabilidade de diversos micro-organismos, com êsse objetivo. A *Sarcina lutea* foi por nós escolhida, como micro-organismo ideal, visto como a sua sensibilidade à penicilina, difundida no agar, atinge a um grau que permite avaliação acurada do máximo poder mortífero de cada diluição.

A penicilina da cuba penetra no agar, até ao limite do seu grau de difusão, que seja, ainda, inibidor ou letal para o micro-organismo.

Nesta área circular, ela mata e impede o crescimento, produzindo uma zona de agar claro, cujo diâmetro pode ser, fàcilmente, medido.

A comparação entre os tamanhos da zona circular — produzida pelo "desconhecido" (sôro em exame) — e os que forem obtidos por meio de uma solução padrão "conhecida", permitirá o cálculo da potência, em valores de unidades predeterminadas (o fator de conversão, para unidades Oxford — em microgramas — é: 1.667 unidades = = 1 mgr.).

b) O segundo processo mede o poder mortífero da penicilina sôbre micro-organismos, semeados em caldo nutritivo.

Inocula-se o caldo estéril, com cultura jovem de um micro-oganismo adequado e suscetível, transferindo-se volumes iguais para o necessário número de tubos. O sôro — contendo penicilina a ser calculada — é, então, diluído em série, em gradações pequenas, e adicionado aos tubos.

Os pontos finais de inibição, parcial ou completa, do crescimento bacteriano, produzido por essas diluições, são lidos a olho nú, ou por processo físico de determinação do grau de turvação ou de opacidade.

Uma alternativa interessante do processo consiste no emprêgo de caldo contendo sangue total e um micro-organismo, capaz de lisar o sangue.

Com esta última técnica a leitura final se torna colorimétrica, traduzindo-se pela intensidade da coloração vermelha, resultante da hemólise das hemátias, em presença da atividade de crescimento do micro-organismo hemolítico.

A técnica de diluições seriadas, para a averiguação de penicilina, foi introduzida por Fleming (5), como um processo de câmara em lâmina, por meio do qual o número efetivo de colônias de micro-organismos viáveis era computado numa câmara microscópica prèviamente montada em bloco.

Sua primeira modificação do método consistiu na introdução do estreptococo hemolítico, como micro-organismo de experiência (6), medindo-se, em vez de um número decrescente de colônias, o grau de hemólise, produzida pelo micro-organismo de prova.

Êste, também, era um processo de câmara microscópica, embora a adoção do tubo capilar fôsse, mais tarde, preferida pelo grupo de Fleming.

A introdução da prova macroscópica de diluição seriada, tal como a conhecemos hoje, é devida a Rammelkamp (7). Aí, mais uma vez, a leitura final pode ser modificada pelo emprêgo da hemólise e — como feitura adicional — a esterilidade ou a simples inibição do diluente pode ser aferida por meio de cultura, em agar-sangue, de uma alça do inóculo.

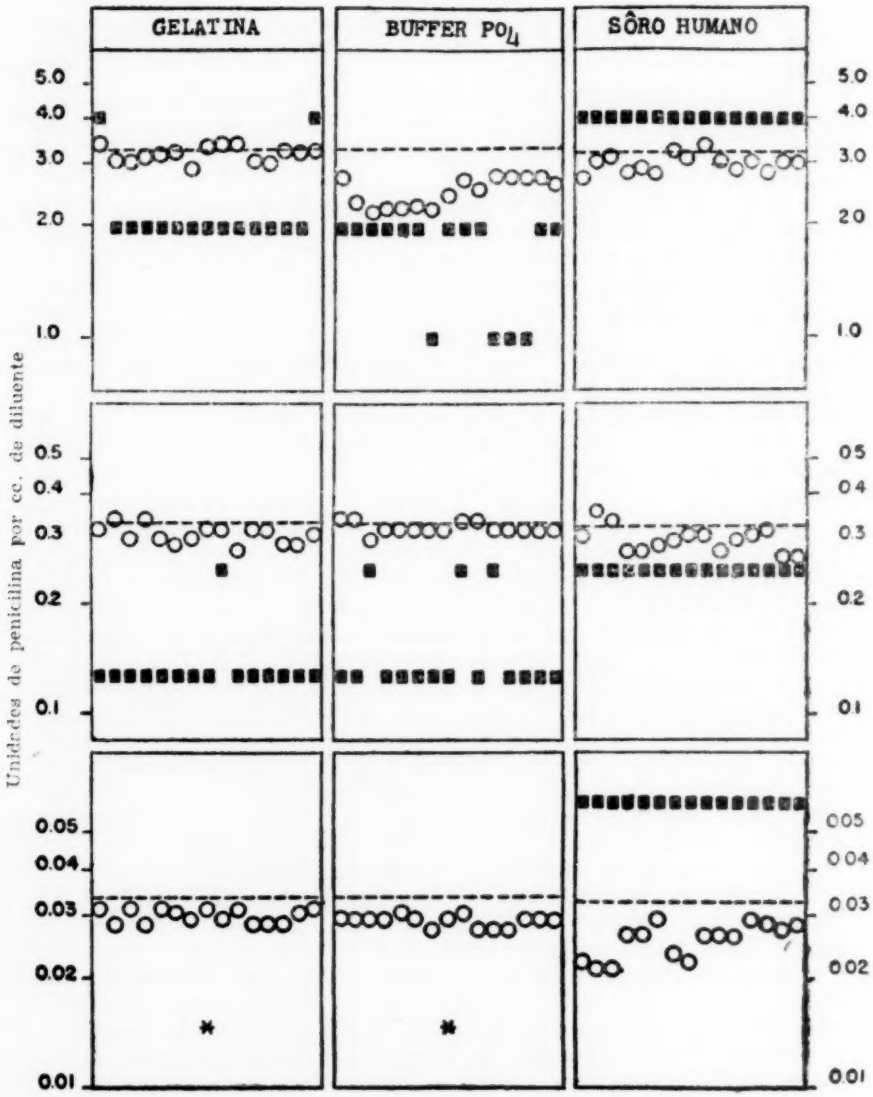
A comparação direta de exatidão, entre os processos microscópico e macroscópico de diluição em série, foi realizada por diversos pesquisadores, entre os quais, Heilman e Herrel (8), que acharam o método microscópico mais digno de confiança para determinar a concentração de penicilina no sôro e, também, mais específico para surpreender quantidades muito pequenas. Contudo, os processos macroscópicos de diluição seriada, de maior simplicidade técnica, apresentam-se como mais práticos quando se exige um emprêgo permanente.

A prova da "Oxford cup" ou "cup plate", em agar sólido, foi introduzida por Abraham e colaboradores (9), tornando-se largamente usada, em virtude de sua conveniência.

Kitchen, Thomas, Rein e Crutchfield (10) relataram comparações diretas entre os dois métodos ("cup plate" e diluições seriadas, ambos macroscópicos) de ensaio da penicilina, dando preferência à técnica de "cup plate", tendo em vista sua exatidão, praticabilidade e reprodutibilidade, e empregaram a *Sarcina lutea*, como micro-organismo de experiência.

Atualmente, usamos êsse processo, quase que de modo exclusivo, em nosso laboratório da Universidade de New York, no Bellevue Hospital.

GRÁFICO N.º 1
Ensáios comparativos de penicilina
Deluentes



o = Prova de "cup plate" — Micro-organismo de prova: Surcina latea.
□ = Prova de diluição seriada — Micro-organismo de prova: Bacillus subtillis.
- - Linhas indicando concentrações padrões conhecidas de penicilina.
* = Método de diluição seriada insensível à concentração de 0.033, em gelatina e tampão de fosfato.

Recentemente, numa tentativa de realizar determinações de penicilina, ainda mais quantitativas, Sager e Arrigoni (11) reavivaram um velho princípio de bacteriologia adaptando-o ao ensaio microbiológico.

Utilizando, êsses autores, a faculdade de produzir ácido, apresentada por certos micros-organismos, ajustaram um micro-organismo, produtor de ácido, a uma concentração funcional — por meio de técnicas de diluições sucessivas — e titularam, eletromètricamente, a quantidade de ácido, fornecida ao meio, para servir como indicador da leitura final.

De acôrdo com os autores, tal método, comparado aos dois outros processos "standard" de análise, apresentam um êrro médio de 7.8 % contra 11.1 % para o "Oxford cup" e 11.6 % para o processo das diluições seriadas.

De modo claro, a significação estatística dos valores, obtidos na experiência, estarão na dependência da técnica empregada, do número de provas realizadas, da exatidão na dosagem do "standard", do tipo de amostra ensaiada e, também, do laboratório ou, melhor, do técnico que realizou a experiência, visto como os valores estatísticos refletem, diretamente, as técnicas bacteriológicas.

Todos êsses métodos biológicos foram utilizados, com sucesso, na dosagem da concentração de penicilina no sôro, no líquor, no líquido de derrame, no pus, no escarro, etc.

Em qualquer caso, *a técnica deve ser padronizada*, a fim de que se evitem erros biológicos, devidos à ação dos constituintes de um líquido particular.

Embora hajam sido apontados erros inerentes à prova clínica, na propoção de 30 %, pelo menos (12), *nossa experiência indica que, com técnicos cuidadosamente controlados e de valor comprovado, calculamos o êrro de ± 10 %, apenas, que é perfeitamente aceitável para a média comparável de um processo de experimentação biológica.*

Uma vez estabelecidas a segurança e a eficácia de uma droga, o acesso racional ao seu emprêgo clínico fica na dependência de estudos adequados sôbre a absorção, a distribuição, o destino e a eliminação do medicamento.

A penicilina, sob forma solúvel (sais de sódio, potássio e cálcio), é absorvida, mais ràpidamente, por via parenteral do que por administração "per os". De outro lado, seu prazo de excreção é sumamente rápido. A eliminação urinária dos sais solúveis de penicilina, em seguida a sua injeção, é tão rápida e consistente que se sugeriu seu emprêgo como processo de avaliação da função renal, em vez do "diostrol", etc. (13).

O mecanismo completo de ação, pelo qual a penicilina exerce o seu efeito letal, não está, ainda, perfeitamente esclarecido. Entretanto, sob um ponto de vista prático, sua ação terapêutica está definidamente assentada por fatores inerentes à suscetibilidade do micro-organismo à droga.

Foi necessário determinar os fatores mensuráveis, implicados em tornar o micro-organismo suscetível à sua ação e, dêsses fatores, muitos não foram elucidados.

Em certo sentido, porém, estudos realizados "in-vitro" demonstraram que a suscetibilidade de determinado micro-organismo pode ser definida em *têrmos de concentração*:

a) a concentração bastante para reduzir, apenas, a taxa normal de multiplicação (considerada como nível bacteriostático);

b) a que mata os micro-organismos mais ràpidamente do que êles se multiplicam (alternativamente, referido como nível inibitório "in vitro");

c) aquela que mata o micro-organismo, numa proporção máxima (para o "Streptococus pyogenes", essas concentrações estão próximas de 0.007, 0.014 e 0.0109 unidades por cc.).

Alguns fatores, independentes da concentração, e que condicionam a eficácia terapêutica da penicilina, são:

1) tempo requerido à ação letal, e

2) número de micro-organismos, inicialmente presentes no hospedeiro infectado.

Pode haver uma diferença 8 vêzes maior, no tempo requerido para esterilizar as suspensões de mil ou de 1 milhão de micro-organismos, por cc.

Eagle e Musselman (1) apresentaram uma comparação entre êsses diversos fatores, no que se refere aos agentes patogênicos comuns.

QUADRO I

"NÍVEIS EFETIVOS" DE PENICILINA G PARA DETERMINADO NÚMERO DE BACTÉRIAS

(EAGLE e MUSSELMAN)

MICRO-ORGANISMO INFECTANTE	CONCENTRAÇÕES DE PENICILINA G (microgramas por cc) a suficiente para			*Tempo necessário para matar 99.9% de micro-organismos em ótimas concentrações de penicilina*	*Proporção de micro-organismos sobreviventes após 6 horas de exposição à máxima concentração efetiva de penicilina*
	Reduzir a taxa de crescimento	*Matar lentamente o micro-organismo*	*Matar os micro-organismos em máxima proporção*		
Streptococus pyogenes (C-203)	0.004	0.006 — 0.008	0.064	1.5 — 2 hrs.	0.002—0.004 %
Pneumococci (Tipos 1, 3, 8, 12, 14, 24)	0.008 — 0.012	0.024	0.064	3 — 5 hrs.	0.03 % ±
Staphylococcus aureus					
(6 amostras suscetíveis)	0.016 — 0.024	0.024 — 0.064	0.064 — 0.25	5 — 20 hrs.	0.05 — 1.0 %
(1 amostra resistente)	0.25	1	16	11 hrs.	6 %
Treponema pallidum (Reiter)	0.016	0.032	1 ±	25 — 35 hrs.	5 — 10 %
Streptococcus fecalis					
(5 amostras suscetíveis)	1	2 — 4	4 — 6	5 hrs.	0.05 %
(2 amostras resistentes) [b]	1	3 — 4	4 — 6	> 48 hrs.	10 — 50 %

a) — Para transformar em unidades, multiplicar pelo fator 1.7 (1mg. = 1667 unidades).

b) — As amostras resistentes dêsses micro-organismos só foram mortas, de modo lento, mesmo com ótimas concentrações de penicilina.

Níveis eficientes de penicilina G para determinado número de bactérias.

Aquí, notamos que a extensão de tempo, necessária para matar de 90 a 95 % de "T. pallidum", "in vitro", — após terem sido expostos às concentrações de máxima eficência de penicilina, — é de 25 a 35 horas.

Sumamente interessante é o fato de que, contrastando com o tempo letal para o "T. pallidum" — determinado por estudos "in-vitro" — nos coelhos, os treponemas começam a desaparecer de uma lesão primária sòmente de 4 a 6 horas, após a administração, mesmo de grandes doses de penicilina (14).

Estudos de laboratório, realizados "in-vitro" e "in-vivo", não indicam qualquer variação consistente na suscetibilidade dos treponemas da lues, da sífilis endêmica, da bouba e do bejel, à penicilina. "Enquanto êsses achados se apresentarem fragmentários, como até aqui, não podemos sugerir que qualquer das amostras coletadas seja mais resistente, à penicilina, do que as amostras de "T. pallidum"... (15).

E' possível demonstrar a extrema sensibilidade do "T. pallidum" à ação da penicilina, "in-vitro", assim é que, apenas 0.0025 de unidades de penicilina — por mililitro — imobilizam 50 % dos microorganismos, em 16 horas (16).

Chegando-se à relação tempo-dose da penicilinoterapia da bouba, é necessário tirar deduções dos estudos fundamentais, realizados com outros treponemas, especialmente o "T. pallidum".

A transposição dêsses informes — do "T. pallidum" ao "T. pertenue" — está indicada, não sòmente pelos dados de laboratório existentes, como também pelos resultados reais da terapêutica, administrada nessa base, os quais serão descritos pelo Dr. Rein, na segunda parte de nosso trabalho.

Uma vez que os trabalhos de laboratório, efetuados "in-vitro" e "in-vivo", constituem, na melhor das hipóteses, apenas uma indicação, capaz de sugerir esquemas de dosagem — aplicáveis ao material humano — torna-se, também, necessária a utilização de qualquer informe pertinente, obtido por esquemas eficientes de experimentação, no homem, contra as treponematoses.

Observamos que doentes de sífilis recente podem ser curados com doses de penicilina, que mostrem *pequena ou nenhuma concentração perceptível no sôro, pelos métodos atuais de que dispomos*.

Pôsto que não se refira esta parte de nosso trabalho à base clínica da relação tempo-dose da penicilinoterapia, nessas doenças, achamos conveniente registrar, para efeito de correlação, que Thomas (17) observou — sob os pontos de vista clínico e sorológico — 11 pacientes, durante 1 ano ou mais, em seguida à administração, por via oral, de penicilina amorfa, em doses de 75.000 unidades, dando 70 doses, 7 vêzes ao dia, num total de 5.250.000 unidades.

Todos eram pacientes de sífilis recente. Após êsse período de tempo, 9, dos 11, permaneceram sôro-negativos, havendo 2, entre os

portadores de sífilis secundária, recidivado ou adquirido uma re-infecção assintomática.

As doses de penicilina, no sôro, eram tão baixas que não permitiam sua determinação, na maioria das vêzes e na maioria dos doentes

Embora estivéssemos convencidos, por várias razões, de que a via oral de administração não fôsse a preferível, — para o tratamento da bouba ou de outra qualquer treponematose, — registramos (18) concentrações de penicilina, no sôro, após administração oral de penicilina G, micro-cristalizada e procainada, comparando êsses casos com os de dosagens similares de penicilina G sódica.

As quantidades administradas de ambas essas preparações — por via oral — eram maiores do que as que foram apresentadas por outros investigadores. Fomos de opinião que — após o emprêgo dêsses sais de penicilina — a despeito da administração das preparações orais existentes, em *doses únicas*, havia concentrações suficientemente persistentes, no meio circulante, capazes de provar a eficácia da droga contra os treponemas.

Tendo em vista certos estudos de laboratório, inclusive, em parte, os que foram acima referidos, e a experiência clínica de outros, tais como Mahoney e Arnold (19), a Seção de Estudos Cooperativos sôbre Sífilis do "National Research Council" e a do nosso próprio grupo, percebia-se que a penicilina deveria permanecer, no meio circulante, *por um espaço de tempo, mínimo ininterrupto, de 96 a 144 horas*, em concentração eficiente (mínimo absoluto desconhecido), para o tratamento mais satisfatório da doença.

Trabalhando com êsse postulado, surgia como de possível obtenção, com qualquer preparado de penicilina, a exigência de "duração e dose". Seria, porém, muito mais racional e conveniente a possibilidade de obtenção de um preparado, capaz de apresentar ação repositória eficaz e que evitasse a necessidade de injeções freqüentes dos sais solúveis do antibiótico, ràpidamente eliminados.

A penicilina cálcica, veiculada em óleo de amendoim e 4.8 % de cêra, foi a primeira tentativa de aplicação, bem sucedida, dessa exigência.

Em seguida, a solução do problema de manutenção da penicilina no meio circulante, por tempo prolongado, — mediante uma só ou poucas injeções, — foi, mais tarde, favorecida pela obtenção da penicilina G, micro-cristalizada e procainada, suspensa em óleo com 2 % de monostearato de alumínio, desde então, conhecida pela denominação de PAM.

Estudando a ação armazenadora dêsse preparado, Kitchen, Thomas e Rein (20) registraram níveis de concentração, no sôro, consequentes à injeção intra-muscular, utilizando vários esquemas de administração.

Inicialmente, observou-se que a injeção diária de 1 cc. (300.000 unidades) de PAM, durante 15 dias, resultava *num acúmulo progressivo de penicilina, no sôro*. De início havia uma concentração de 0.1 de unidade, no sôro, 24 horas após a primeira injeção, para atingir,

em média, cêrca de 0.4 de unidade, por cc., no oitavo dia, mantendo-se, neste mesmo nível, até a interrupção das injeções.

Fenômeno idêntico resultava da injeção da mesma dose, mas com intervalos de 48 horas, se bem que a taxa de armazenamento fôsse mais lenta, e, mais baixo, o nível de concentração, no sôro, atingindo, no fim do oitavo dia, a 0.2 de unidade, por cc., aproximadamente.

Nessa publicação, registramos, outrossim, concentrações de penicilina no sôro, consequentes a esquemas de *"tratamento único"*, com êsse preparado, que passamos a indicar:

Esquema K_1 — 1.200.000 unidades (4 cc.) — 1 depósito
» K_2 — 2.400.000 unidades (8 cc.) — 1 depósito
» K_3 — 2.400.000 unidades (4 cc. de cada vez) — 2 depósitos simultâneos.

O esquema K_1 apresentou um acne de — aproximadamente — 0.5 de unidade, por cc., em 1 hora, permanecendo acima de 0.3 de unidade, por cc., pelo esçaço de 6 a 8 dias, na grande maioria dos casos.

Os esquemas K_2 e K_3 forneceram concentrações, no sôro, com um acne de cêrca de 0.1 de unidade, por cc., dentro de 1 hora.

Na maior parte dos pacientes, houve um declínio gradual de nível, caindo abaixo de 0.3 de unidade, dentro de 8 a 10 dias, mais ou menos.

Pareceu óbvio, de acôrdo com êsses resultados, que o postulado, segundo o qual deveria o sôro manter *uma concentração de penicilina ininterrupta e mensurável, num período de 6 a 8 dias, estivesse realizado*, e, também, que fôsse possível atingir a próxima etapa lógica, ou seja, a de reduzir a uma só injeção o tratamento eficiente da sífilis, da bouba ou da pinta. Assim é que se vislumbrou, como possibilidade distinta, a erradicação de uma doença por meio de técnica terapêutica factível, uma vez que, para a realização de um tratamento em massa, o esquema de injeções múltiplas, caso fôsse necessário, mostrar-se-ia como de execução difícil, senão problemática.

Nosso próximo objetivo consistiu em determinar a relação tempo-dose na transferência da penicilina do organismo materno para o do recém-nascido (21), consequente à injeção de PAM na mulher, em trabalho de parto.

Êsses dados foram obtidos através de estudo realizado em 181 mulheres normais, que deram à luz, com intervalos, variando de poucos minutos a 15 horas, após injeção única de 300.000 unidades de PAM.

Em casos, onde a parturição se efetuou dentro de alguns minutos ou nas poucas horas subsequentes à injeção, feita no organismo materno, era muito baixa a concentração de penicilina, no sôro do cordão e, sem dúvida, em alguns casos, havia ausência completa do antibiótico.

De um modo geral, quando haviam decorrido 4 ou mais horas, entre a injeção materna e a parturição, a concentração de penicilina, no

sôro do cordão, era muito mais elevado, e, apenas, em dois ou três casos, não se revelou a presença do antibiótico.

Efetuou-se a transferência mais favorável, quando o PAM foi injetado entre 6 e 12 horas, antes da parturição. Tais achados são significativos, e suas consequências serão discutidas pelo Dr. Rein, na segunda parte dêste trabalho.

Logo após a obtenção do PAM, descobriram-se variações acentuadas em suas características química, física e armazenadora, encontradiças em preparados de origens diversas.

A uniformidade e a reprodutibilidade de tôdas as suas propriedades refletem, de modo direto, o cuidado em sua fabricação.

Uma vez que se deva exigir o contrôle de fenômenos físico-químicos incomuns, a sua produção eficiente requer o emprêgo de técnica adestrada, meticulosa e consistentemente seguida.

O descobrimento dessa falta de uniformidade, em preparações de PAM — de origens diferentes — resultou num estudo minucioso do problema, que se realizou em 1950 e, no qual, colaboraram, intimamente, a "Federal Food and Drug Administration" dos Estados Unidos e uma comissão, integrada por representantes dos Departamentos de Pesquisa e Contrôle de alguns fabricantes de PAM e de penicilina, em geral.

óbviamente, não é praticável submeter cada lote de PAM ao ensaio, no homem, e, assim sendo, a Comissão teve, como objetivo, explorar os possíveis métodos de experimentação, *em animais de laboratório* e "in-vitro", que permitissem prever a eficiência armazenadora, no homem, de cada lote de PAM.

Mais tarde, pediu-se, à Comissão, que designasse experiências, capazes de demonstrar diferenças significativas existentes, entre as clínicas que executavam ensaios de penicilina, no sôro, após a injeção do preparado.

As técnicas realizadas e o resultado de todos os estudos são muito longos, não permitindo, assim, que se faça, aqui, uma exposição pormenorizada.

Contudo, em processo que foi proposto para ser executado "in-vitro" *, é de realização bastante simples e consistente, em suas relações com o ensaio de eficiência clínica, apresentando-se como promissor e merecendo, por isso, a descriminação que ora se faz.

O princípio dessa prova "in-vitro", para a verificação do potencial armazenador de PAM, no homem, baseia-se na medida da área resultante da difusão da penicilina, aplicada numa cuba metálica padrão, colocando-se, esta última, sôbre uma placa de agar, prèviamente semeada. Faz-se a difusão, em tôrno da cuba e em zona circular, na qual os micro-organismos estão mortos ou inibidos de crescer.

---

* Bristol Diffusion Procedure, Bristol Laboratories, Inc. Syracuse, New York.

Sob êste aspecto, a técnica e o mecanismo de difusão são idênticos aos de qualquer outro processo que empregue a "cup plate" para a dosagem de penicilina em sôro, etc.

Na mesma placa de agar, são colocadas as cubas que contêm as várias amostras de PAM, submetidas a ensaio, com quantidade igual de penicilina G micro-cristalizada, padrão, em solução aquosa (1 % de tampão de fosfato, pH 6.0) da "United States Food and Drug Administration".

As medidas dos diâmetros zonais, produzidos pela difusão em condições "standard", permitem o cálculo e a interpretação subsequente do efeito de armazenamento.

Segundo os estudos da "F. and D. A. — Industry Committee" e, de acôrdo com as nossas próprias observações, parece haver, de modo particular, uma relação definida, inversa e constante, entre o tamanho da zona, produzida por PAM e a sua permanência, no sôro humano, consequente à administração parenteral.

Por outras palavras, um determinado lote de PAM, fornecendo zona muito pequena de difusão, está provàvelmente relacionado com uma longa permanência no sôro, enquanto que os preparados, que produzem grandes zonas de difusão, parecem associados a concentrações sanguíneas mais elevadas, porém, mais fugazes.

Serão, contudo, necessários estudos posteriores, de natureza correlativa, a fim de que se possa definir, em têrmos mais rígidos, a relação existente entre a difusão, no agar, e a concentração no sôro.

O tratamento estatístico de maior volume de material está sendo realizado e será publicado, ulteriormente, pelos executores do método de difusão.

Visto como muitos dos esquemas atuais, utilizados nos processos de erradicação da bouba, estão baseados nos estudos de ensaio de PAM, no sôro e, ainda porque, se haja observado uma tão grande variação, em preparados similares, através de todo o mundo, temos a impressão de que se devam exigir especificações definidas, sempre que se empregarem esquemas comparáveis.

Todos os preparados de PAM, por nós utilizados, na clínica, para o tratamento das treponematoses, assim como todos aquêles que serviram de base aos nossos primeiros trabalhos, referentes a concentrações produzidas, no sôro, por esquemas diversos da administração, preencheram essas exigências.

U'a monografia, na qual se sugerem especificações adicionais para o emprêgo de PAM, foi recentemente submetida à UNLCEF, e será, sem dúvida, distribuída pela WHO e organizações semelhantes.

Tais especificações não representam a palavra oficial de qualquer comissão ou organização, mas, em alguns casos, se aproximam ìntimamente das especificações recentes aconselhadas pela WHO, no que se refere aos preparados de penicilina G procainada oleosa, com 2 % de monoestearato de alumínio.

Como nossa recomendação pessoal, apresentamos, aqui, essas especificações, a fim de assegurar o emprêgo de um PAM, capaz de for-

necer permanência e concentração, no sôro, comparáveis às que foram empregadas em trabalhos por nós publicados (20, 22).

ESPECIFICAÇÕES SUGERIDAS PARA A PENICILINA G INJETÁVEL, MICRO-CRISTALIZADA, PROCAINADA EM ÓLEO, COM 2 % DE MONOESTEARATO DE ALUMÍNIO

Quantidade de peniclina:

PAM não deve conter menos de 95 % da quantidade rotulada, de penicilina procainada, devendo, por outro lado, satisfazer a tôdas as exigências especificadas, assim como, à regulamentação oficial dêste produto.

Preparada e apresentada por F. Buckwalter e R. Noel, Bristol Laboratories, Inc., Syracuse, New York.

Unidade:

O teor de unidade não deve ser superior a 1.4 % (método de Karl-Fischer).

Conteúdo do frasco:

O frasco de 10ml. deve estar cheio com uma quantidade suficiente de material, de modo a permitir retirada de doses de 10ms. por meio de seringas limpas, e equipadas com agulhas de calibre n.º 18.

Estabilidade da suspensão:

Em condições padronizadas, o PAM não deve apresentar camada de óleo, cuja expessura seja superior a 1/8", após centrifugação, a 1.000 r.p.m., sob condições, e com equipamento "standard".

Tamanho das partículas:

Em vista da insegurança nas medições de partículas, mediante processo microscópico, propõe-se um método simples para a obtenção, por meio de triagem, do material micro-cristalizado.

Desde que êle se realize de modo adequado, o material, obtido por êsse método, não conterá mais do que 0.1 %, em pêso, de penicilina G procainada, representando um material acima de 100 micra, e nem mais do que 0.04 %, em pêso, de penicilina G procainada, representando um material acima de 40 micra (10ml. deverão conter 3.0 gm. de penicilina G procainada).

Taxa de difusão:

O lote de PAM, que haja, prèviamente, demonstrado sua capacidade de fornecer permanência desejável, de concentração de penicilina, no sôro, pode ser usado como padrão.

Compara-se o seu poder difusor com os preparados de PAM "desconhecidos" e, caso o produto em ensaio forneça uma zona média de inibição, nunca superior a 25 % da mesma zona, apresentada pelo PAM "standard", êle deve ser considerado como satisfatório.

Se a zona de inibição do preparado, em prova, estiver além de 25 %, cumpre investigar sua ação repositória, a qual deverá ser demonstrada através de protocolos clínicos, referentes à sua concentração no sôro.

Esperamos que, tudo o que acabamos de relatar, explique a lógica de seleção dos esquemas terapêuticos para o tratamento das treponematoses, mormente no que se refere à bouba.

A segunda parte de nosso trabalho, realizada pelo Dr. Charles Rein, versará sôbre os resultados terapêuticos efetivos, obtidos por meio de esquemas, que se basearam na relação entre tempo e dose.

SUMÁRIO

O advento de qualquer agente terapêutico específico deve, necessàriamente, ser acompanhado através de uma sequência metódica de investigações experimentais, a fim de que sejam determinados o seu modo de administração e a relação entre tempo e dose.

Apresentaram-se dados de laboratório, capazes de ilustrar os motivos que levaram à seleção de vários esquemas de tratamento rápido, com diferentes tipos e formas de preparados de penicilina, a serem empregados no tratamento das treponematoses.

Êsses dados incluem nossos estudos relativos às técnicas básicas de ensaio micro-biológico, aos valores de concentração da penicilina, no sôro humano, resultantes de tais esquemas, e à facilidade de transferência placentária, em regimes semelhantes.

CITAÇÕES

1 — Eagle, Harry: Speculations as to the Therapeutic Significance of the Penicillin Blook Level, Ann. Int. Med. 28:260-278 (Feb.) 1948.

2 — Higuchi, K., and Peterson, W. H.: Penicillin in Broths and Finished Products. Chemical Methods for Estimation of Types, Anal. Chem. 21:659-664 (June) 1949.

3 — Garlock, E. A., Jr., and Grove, D. C.: The Quantitative Determination of Benzyl-Penicillin by Ultraviolet Absorption, J. Am. Pharm. A. (Sc. Ed.) 39:398-400 (July) 1950.

4 — Morton, Harry E., and Oskay, John: Electron Microscope Studies of Treponemes II. The Effect of Penicillin on the Nichols Strain of Treponema Pallidum, Am. J. Syph., Gonor. & Ven. Dis. 34:34-39 (Jan.) 1950.

5 — Fleming, Alexander: Stroptococcal Meningitis Treated with Penicillin, Measurement of Bacteriostatic Power of Blood and Cerebrospinal Fluid, Lancet 2:434-438 (Oct.) 1943.

6 — Fleming, Alexander: Micro-methods of Estimating Penicillin in Blood Serum and Other Body Fluids, Lancet 2:620-621 (Nov. 11) 1944.

7 — Rammelkamp, Charles H.: A Method for Determining Concentration of Penicillin in Body Fluids and Exudates, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 51:95-97 (Oct.) 1942.

8 — Heilman, Dorothy H., and Herrell, W. E.: Use of Fleming's Modification of the Wright Slide Cell Technic for Determining Penicillin in Body Fluids, Am. J. Clin. Path. 15:7-9 (Jan.) 1945.

9 — Abraham, E. P;. Chain, E.; Fletcher, C. M.; Gardner, A. D.; Heatley, N. G.; Jennings, M. A., and Florey, H. W.: Further Observations on Penicillin, Lancet 2:177-189 (Aug. 16) 1941.

10 — Kitchen, D. K.; Thomas, E. W.; Rein, C. R., and Crutchfield, W. E., Jr.: A Comparison of the Cup-Plate and Serial Dilution Methods of Penicillin Assays, J. Invest. Dermat. 14:5-7 (Jan.) 1950.

11 — Sager, Robert W., and Arrigoni, Louis: Quantitative Microbiological Determination of Penicillin, J. Am. Pharm. A. (Sc. Ed.) 40:104-106 (Feb.) 1951.

12 — Rantz, L. A., and Kirby, W. M. M.: The Absorption and Excretion of Penicillin Following Continuous Intravenous and Subcutaneous Administration, J. Clin. Investigation 23:789-794 (Sept.) 1944.

13 — Eagle, H., and Newman, E.: The Renal Clearance of Penicillin F, G, K, and X in Rabbits and Man, J. Clin. Investigation 26:903-918 (Sept.), 1947.

14 — Eeagle Harry: Fleishman, R., and Musselman, A. D.: Effect of Schedule of Administration on the Therapeutic Efficacy of Penicillin, Am. J. Med. 9:280-299 (Sept.) 1950.

15 — Turner, Thomas B.: Personal communication.

16 — Magnuson, Harold J.: The Use of Antibiotics in Spirochaetosis, Laboratory and General Considerations, Presented at the Conference on Use of Antibiotics in Tropical Diseases, The New York Academy of Sciences, New York, N. Y., January 19, 1952.

17 — Thomas, Evan W.: Personal communication.

18 — Kitchen, D. K., Thomas E. W., and Rein, C. R.: Serum Concentration Following the Oral Administration of Crystalline Procaine Penicillin G (Further Studies), J. Invest. Dermat. 14:229-231 (April) 1950.

19 — Mahoney, J. F., and Arnold, R. C.: Personal communication.

20 — Kitchen, D. K.; Thomas, E. W., and Rein, C. R.: Serum Concentrations Following Five Treatment Schedules with Procaine Penicillin in Oil with Aluminum Monostearate, J. Invest. Dermat. 12-111-115 (Feb.) 1949.

21 — Kitchen, D. K.; Speiser, M. D.; Spoor, H. J.; Rein, C. R., and Thomas, E. W.: Placental Transmission of Penicillin Following Single Injections of Procaine Penicillin G in Oil with 2 Per Cent Aluminum Monostearate (300,000 Units). Maternal and Cord Blood Concentrations, Antibiotics and Chemotherapy 1:110-112 (May) 1951.

22 — Thomas, E. W.: Lyons, R. H.; Romansky, M. J.; Rein, C. R., and Kitchen, D. K.: Newer Repository Penicillin Products, J. A. M. A. 137:1517-1519 (Aug 21) 1948.

O eczema profissional

E. Brum Negreiros

HISTÓRICO

As dermatoses profissionais já tinham sido assinaladas por Paracelso, e, muitas delas, com riquezas de detalhes foram descritas por Bernardino Ramazzini no século XVII. Mais tarde, autores inglêses, alemães e francêses aprofundaram êsses estudos e mesmo deixaram vislumbrar um mecanismo etiopatogênico, que depois seria caracterizado como de natureza alérgica. Jadasshon, há mais de 50 anos, empregou corretamente o *patch-test* para diagnóstico, e, no princípio dêste século, na Alemanha e na França surgiram as primeiras leis que cuidavam da proteção ao operário no que concerne aos acidentes de trabalho.

Os estudos fundamentais e quasi definitivos dos acidentes alérgicos ocupacionais tiveram início com o monumental trabalho de um autor inglês, R. Prosser White [1], ao publicar "As Dermatergoses", seguindo-se em épocas mais recentes os trabalhos de Guy Lane e Marion Sulzberger [3], culminando com a obra de Schwartz, Tolipan e Peck [4], "Occupational Diseases of the Skin".

INCIDÊNCIA

Não existe no Brasil estatística a respeito da incidência de dermatoses profissionais. Entretanto, pode ser feita uma estimativa, sabendo-se, por intermédio de Louis Schwartz [5], que nos Estados Unidos 20 % das dermatoses industriais são de origem alérgica e que cêrca de 60 % dos acidentes profissionais incidem sôbre a pele. Se é verdade que quanto mais adiantado o parque industrial de um país maior é o número de alergias profissionais, comparativamente aos americanos e europeus nossas cifras seriam menores. De outro lado, porém, o

---

Conferência realizada no Curso de Eczematizações da Sociedade Brasileira de Alergia (Rio de Janeiro — novembro de 1952).

Diretor do Departamento de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

quasi total desconhecimento da alergia como mecanismo patogênico, o relativo atrazo de técnicas indutriais, autorizando métodos de trabalho em que a exposição a alergenos profissionais é grande, aumentaria decisivamente a importância.

FATORES PREDISPONENTES E COADJUVANTES

1) Fator raça

Variados trabalhos sôbre objetivos diversos têm mostrado a especial resistência da raça negra aos processos de sensibilização por contacto. Ainda há pouco, publicávamos nossas observações sôbre a epidermodermite dos trabalhadores em cimento [6], onde se verifica, de maneira indireta, é verdade, a resistência especial da raça negra.

2) Fator sexo e tipo de pele

Não só no setor profissional, mas em qualquer campo da dermatologia, é sabido que os indivíduos com pele sêca têm maior vulnerabilidade às dermatoses de contacto. Também aquêles que mostram exagêro de sudorese são mais comumente atingidos que os outros. As mulheres, por êsses motivos e por outros de ordem metabólica, mostram maior índice de sensibilização que os homens. Parece-nos que os cosméticos, como fator de sensibilização, têm uma influência muito clara.

3) Tipo de indústria

Naturalmente existem indústrias em que o índice de sensibilização é absolutamente igual ao de uma população operária em geral. Outras, porém, mercê da natureza das substâncias empregadas em suas máquinas, da maior ou menor exposição do operário, apresentam índice de sensibilização elevado, diretamente relacionado aos meios de proteção oferecidos ao operário e ao grau de educação do mesmo. Quanto mais modernizada se vai tornando uma fábrica, maiores são os cuidados de todos os tipos que vão indicando os seus médicos e engenheiros.

DIAGNÓSTICO

Tzank [7] reune as dermatoses profissionais em dois grandes grupos: aquelas em que a lesão cutânea é *CONSEQUÊNCIA DE AÇÃO TRAUMÁTICA* (física ou química) sôbre *TODOS OS OPERÁRIOS* e constantes para um mesmo tipo de trabalho ou para uma mesma substância, constituindo o que se denominou de *ESTIGMA PROFISSIONAL*, e outras onde a lesão cutânea é *consequente a AÇÃO SENSIBILIZANTE* de determinadas substâncias sôbre *ALGUNS OPERÁRIOS PREDISPOSTOS E DEVIDAMENTE EXPOSTOS*, constituindo a *DERMATOSE PROFISSIONAL ALÉRGICA* ou ALERGOSE PROFISSIONAL.

A primeira, o estigma, é um simples problema de higiene industrial e escapa ao objetivo de nosso trabalho. Dermatològicamente se identificam como queratoses, distrofias, melanodermias, necroses, etc.

A dermatose alérgica profissional é, em geral, uma epidermodermite vesiculosa, obedecendo à grande regra de tôda a dermatite de contacto, isto é, incidindo nas zonas da pele onde houver maior exposição ao agente sensibilizante.

Preliminarmente, estabelecido o diagnóstico diferencial com outras afecções dermatológicas, que em alguma fase possam ser similares, tais como a dermatite seborrêica, as afecções micóticas ou eczemas microbianos, o líquen plano, o impetigo, etc., chegou-se à determinação do eczema, ou melhor dito, da epidermodermite vesiculosa em que o fator alérgico ocupacional possa estar em causa.

O local do início é um elemento precioso. O eczema profissional costuma aparecer nas mãos, dedos, antebraços, predominando quasi que caracteristicamente no dorso dos dedos e mãos e face interna do antebraço, obedecendo às condições próprias da pele dessas zonas. Por motivos de indumentária, acentua-se nas zonas de fricção, no limite das luvas, na linha do punho das camisas, na cintura, no pescoço à altura do colarinho; às vêzes atinge os membros inferiores, e vemos, então, os tonozelos e o dorso dos pés mais afetados, e, nos casos, aliás comuns, de generalização do eczema, o comprometimento da face, marcadamente as pálpebras e também a zona escrotal. De uma maneira geral a participação das pálpebras em dermoepidermites de mãos seria altamente sugestivo de alergia de contacto. As pálpebras agiriam como "antenas" à sensbilidade, numa expressão feliz de F. E. Rabelo [8].

A maior dificuldade que aparece no diagnóstico é verdadeiramente a diferenciação com uma dermatose alérgica por contacto, não ocupacional. Enquanto que nas alergias profissionais do aparelho respiratório é mais ou menos evidente o início ou piora dos sintomas em relação ao comparecimento ao trabalho, ao lado do desaparecimento ou diminuição dos mesmos sintomas pelo afastamento do local sensibilizante, no que tange às dermatoses, as coisas não se passam da mesma maneira simplista. O afastamento do trabalho, em muitos casos, por condições próprias do indivíduo ou do ambiente domiciliar do mesmo, pode não se seguir de melhora ou desaparecimento de sintomas.

Ainda diferente das asmas ocupacionais, por exemplo, o reaparecimento dos sintomas na reexposição pode não ser imediato, uma vez que depende diretamente do grau de sensibilização do indivíduo e do tempo de exposição à substância à qual está sensibilizado.

Clinicamente, devemos levar em consideração os seguintes dados de ordem prática:

1) o operário informa que suspeita da ação sensibilizante de determinada substância e o alergista sabe que a mesma é capaz de causar alergias de contacto;

2) o afastamento do trabalho condiciona melhora e a reexposição implica em reaparecimento das lesões;

3) quando outras pessoas expostas ao mesmo agente e em iguais circunstâncias manifestam ou manifestaram reações semelhantes;

4) quando a afecção começa e predomina nas zonas de máxima exposição.

São dados, portanto, que conduzem uma suspeição diagnóstica, orientando a busca etiológica, mas que por si só não oferecem elementos que permitam uma decisão.

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Sòmente a comprovação etiológica pode definir com maior precisão a dermatose profissional, e o meio mais correntemente utilizado é o *patch-test*. Êste é baseado na teoria de que, se a dermatite é causada pela hipersensibilidade a determinada substância, se esta fôr aplicada a uma área da pele não afetada, no indivíduo sensível, deixada por um determinado período de tempo, aparecerá nesse local uma reação eczematosa. Realizado dentro das condições corretas, as respostas ao *patch-test* dependem:

1) do grau de sensibilização do paciente;
2) da concentração da substância usada na prova;
3) do tempo de exposição;
4) da quantidade de substância por área de pele.

A standardização proposta por Schwartz [9], e com ligeiras modificações adotada em nosso serviço, é a seguinte: embebe-se um fragmento de linho, algodão ou mataborrão, de aproximadamente 2cm quadrados, com a solução da substância a testar, na CONCENTRAÇÃO E VEÍCULO MAIS APROXIMADOS DAS CONDIÇÕES NATURAIS DE EXPOSIÇÃO DO PACIENTE (consultar tabelas especiais [10], [11], [12], [13]), cobre-se o mesmo com papel celofane e recobre-se com espadadrapo, que se fixará na face externa do braço ou no dorso do paciente pelo espaço nunca inferior a 48 horas. A leitura e sua respectiva interpretação também sofrerão apreciação "standard", resumindo-se em sinais que vão de + a +++. O *patch-test* pode ser realizado dentro da evolução da dermatite, se para isso forem observadas normas corretas de execução e segurança, especialmente nos casos de prévio conhecimento de grande sensibilidade, evitando, por exposição mais curta e concentrações decimais decrescentes, o aparecimento de escaras ou necroses no local da prova ou mesmo uma exacerbação generalizada da dermatose, assim como atendendo à condição tóxica da substância a ser testada, evitando fazê-lo se houver risco de absorção em quantidades perigosas.

O *patch-test*, porém, pode falhar, especialmente se não forem observadas as corretas condições de exposição do doente ou se a sensibi-

lidade fôr ùnicamente local (no caso raro de haver reação sòmente na zona doente ou nas proximidades delas). A sensibilização a substâncias voláteis, por exemplo, oferece, em geral, dificuldades técnicas maiores, podendo exigir veículos especiais, melhor conhecimento da participação da substância no processo industrial. A terebentina é o sensibilizador mais comum nos vernizes e tintas. Frequentemente, quando testamos diretamente o verniz ou a tinta, o resultado é negativo, pois sendo a terebentina volátil e a sua concentração ràpidamente diminuída, não há condição de sensibilização experimental. Se, porém, empregarmos, de acôrdo com as tabelas, que nos dizem não só que a terebentina é o sensibilizante mais suspeito como também que deve ser testada veiculada em óleo de oliva, o resultado será sempre bom.

A legislação moderna do trabalho considera a dermatite alérgica profissional como acidente de trabalho e, dessa maneira, merecedora da mais criteriosa delimitação. Noussitou [14], considerando as dificuldades de uma afirmação absoluta, recomenda, inspirado em Sulzberger, que os têrmos empregados para responder aos quesitos legais sejam breves e precisos, escolhidos com cuidado para expressar o MAIOR NÚMERO DE PROBABILIDADES a favor ou contra a natureza alérgica profissional da dermatose em estudo.

DISCUSSÃO DO PROBLEMA DAS DERMOEPIDERMITES PROFISSIONAIS ALÉRGICAS

Para melhor clareza de nossas idéias, iniciaremos pelas definições fundamentais:

IRRITANTE PRIMÁRIO: considera-se um agente que causará dermatite por ação direta sôbre determinada parte da pele, se lhe fôr facilitado contacto em intensidade e tempo suficientes.

SENSIBILIZADOR CUTÂNEO: considera-se um agente que nem sempre causa alterações cutâneas demonstráveis ao primeiro contacto com a pele sadia, mas determina tais alterações íntimas que, depois de um certo tempo (tempo de sensibilização), um novo contacto desencadeará dermatite.

CONTACTANTE: considera-se o agente que normalmente não causa qualquer alteração visível ou íntima na pele, mas que, frente a indivíduos constitucionalmente predispostos, agiriam como sensibilizador, isto é, um novo contacto desencadearia dermatite.

Vemos, então, que, além das qualidades intrínsecas das substâncias irritante primário (que também pode ser sensibilizador cutâneo), sensibilizador ou contactante, entra em conta a qualidade do indivíduo atingido, representada pelo fator *PREDISPOSIÇÃO* e as condições de contacto e concentração das substâncias enfeixadas sob a epígrafe de

EXPOSIÇÃO. Quando nos referimos a predisposição no caso em estudo queremos englobar não só as condições digamos constitucionais do indivíduo (hiperérgico, normoérgico e hipoérgico), como também os fatores coadjuvantes a qué nos referimos antes, tais como sexo, raça e idade.

Os acidentes alérgicos profissionais decorreriam, pois, da interação dêsses fatores (*INDIVÍDUO — SUBSTÂNCIA — EXPOSIÇÃO*), que, inspirados em Jimenez Diaz [15] e Ramos e Silva [16], procuraremos esquematizar no quadro abaixo:

Hiperérgico	EXPOSIÇÃO	Sensibilizador
Normoérgico		"Contactante habitual"
Hipoérgico		"Contactante ocasional"

Dessa forma, o *sensibilizador cutâneo*, de acôrdo com a "exposição", produziria, por definição, sensibilização em qualquer um dos grupos de indivíduos, sendo apenas a INTENSIDADE da lesão função do tempo de exposição e da característica constitucional do paciente. Um sensibilizador empregado na indústria exige absoluta isenção do contacto manual, realizando o que se chama em indústria de "processo fechado", onde tudo é feito com máquina e, quando existe manipulação, esta é feita com roupa especial. O problema do sensibilizador é, pois, um problema de higiene e segurança industrial.

Inversamente, o *"contatacente eventual"*, ou simplesmente o contactante, precisa incidir sôbre um determinado grupo, o dos hiperérgicos, e, assim mesmo, carece de importância nesse estudo, porque se enquadra na generalidade dos problemas de alergia clínica.

O que realmente sintetiza o problema da alergia profissional é a noção que pretendemos introduzir com o *CONTACTANTE HABITUAL*, aquela substância que, sem ser um sensibilizador cutâneo, apresenta um índice de sensibilização acima do normal e, dessa maneira, atingindo também o normoérgico, se suficiente fôr a exposição. Assim, em uma determinada indústria encontraremos sensibilização para qualquer substância empregada, mas a observação mostra que, *entre muitas, há uma que mais do que as outras* repetirá o acidente alérgico, tanto mais intenso quanto mais constitucionalmente predisposto fôr o paciente.

Estamos inteiramente de acôrdo com Sulzberger [17] quando propõe a seleção na admissão de operários mediante *patch-test* com os contactantes habituais particularizados para cada indústria.

E' verdade que a simples testagem de um indivíduo, até então normal, poderia torná-lo sensibilizado, a ponto de mais tarde, em outros misteres, desenvolver um eczema. Argumentamos, entretanto, dizendo

que pouca coisa se modificou no problema original, pois, se o candidato foi sensibilizado pelo *patch-test* (uma exposição mínima), sensibilizado seria mais fàcilmente pelas naturais exposições de vida comum de uma cidade. A questão de sensibilizar-se ou não pelo *patch-test* não modifica, mas reafirma a qualidade constitucional do operário que estavamos evitando empregar, isto é, aquêle que tem APTIDÃO PARA SENSIBILIZAÇÃO.

A outra crítica, feita ao teste profilático seletivo de Sulzberger, é que, mesmo em face de um resultado positivo, um operário poderia tolerar perfeitamente o trabalho sem nunca fazer eczema, o que se procurou demonstrar testando operários antigos com substâncias de seus trabalhos, encontrando-se testes positivos e nenhuma referência a doenças. Êsse fato também tivemos oportunidade de observar [18], mas o encaramos dentro de nosso esquema e sob um ponto de vista mais lógico. Os testados na crítica em questão não eram candidatos a operários, mas sim velhos operários, que tiveram tempo e suficiente exposição para desenvolver o *hardening* ou uma especial resistência ou, ainda, uma dessensibilização natural. Seriam, dentro de nosso esquema, classificáveis como hipoérgicos ou, no máximo, normoérgicos. Não procede, pois, essa crítica ao *patch-test* profilático seletivo, uma vez que êsse método é destinado à proteção (por eliminação) ao hiperérgico, um mau candidato a qualquer indústria que possa ter um índice alto de acidente alérgico. Cabe ainda relembrar que os acidentes alérgicos profissionais ocorrem em geral entre operários jovens e com pouco tempo de fábrica, demonstrando que a qualidade constitucional hipersensível não permitiu que se instalasse a lenta e progressiva readaptação ou o endurecimento.

EVOLUÇÃO E PROGNÓSTICO DAS DERMATITES ALÉRGICAS OCUPACIONAIS

De uma maneira geral, quando tratadas convenientemente, e, sobretudo, logo no início, a dermatite tende a curar ràpidamente. Em certos casos, entretanto, mesmo com o afastamento completo do trabalho, há uma rebeldia à terapêutica aparentemente inexplicável. Trata-se em geral de polissensibilizados, que, além de sofrer outras sensibilizações, ainda poderiam reagir, de maneira "cruzada", a substâncias de fórmula química semelhante, mas funcionalmente independentes do ambiente profissional como nos mostra Mayer [19].

O prognóstico imediato da dermatite alérgica profisisonal é lògicamente bom. O mesmo não se poderá dizer do prognóstico tardio, porque êste dependerá muito das medidas de proteção que o enfêrmo, devidamente instruído, deverá observar. Visando a criação do endurecimento por exposições mínimas e progressivas, caminhar-se-á para a cura definitiva e completa. No caso contrá;rio, caberá a aposentadoria ou a mudança de profissão, de acôrdo com as condições de seguro social a que pertencer o trabalhador.

PROFILAXIA

O aspecto profilático do problema das dermatites alérgicas ocupacionais deve ser encarado sob dois prismas, a saber:

1) *Fatores relacionados à indústria*. Reunindo um conjunto de medidas de ordem técnica, visando reduzir ao mínimo as exposições dos operários às substâncias sensibilizadoras ou alergizantes habituais, resumidas no aumento da utilização dos chamados "processos fechados" e na substituição, sempre que possível, de substâncias alergizantes por outras de menor índice de sensibilização.

2) *Fatores relacionados ao indivíduo*. Seleção de operários mediante o *patch-test* profilático seletivo, desaconselhando os hiperérgicos, os de pele demasiadamente sêca, as mulheres, sempre que fôr grande o fator exposição. Ao mesmo tempo, propaganda higiênica bem dirigida, mostrando os perigos e as desvantagens dos métodos grosseiros de limpeza da pele e aconselhando o uso de medidas e instrumentos de proteção.

RESUMO

Depois de apresentar, de maneira resumida, os fatores predisponentes e coadjuvantes na produção das dermatites de contacto profissionais, o autor descreve as características clínicas fundamentais e as técnicas corretas de diagnóstico. Alonga-se discutindo o problema do *patch-test* profilático seletivo, que considera de grande valor, e expõe o conceito de CONTACTANTE HABITUAL NA INDÚSTRIA. Termina pela valorização das medidas tendentes a diminuir o fator exposição e a proteger, pelo afastamento, os operários com demonstrada aptidão para sensibilizar-se.

CITAÇÕES

1 — Prosser White, R. — The Dermatoergoses, Lewis ed., London, 1934.

2 — Lane, C. G. — Criteria for diagnosis of occupational skin diseases, Ohio State Medical Journal, 36:937,1940.

3 — Sulzberger, M. — Determining a industrial nature of adermatitis, N. Y. State Journal of Medicine, 36:(set.),1936, pág. 1.

4 — Schwartz, Louis — Tulipan & Peck — Occupational diseases of the skin, Lea & Febiger ed., Filadélfia, 1947.

5 — Schwartz, Louis etc. — idem, idem, pág. 110.

6 — Periassú, D., Negreiros, E. Brum, e Pontes de Carvalho, L. — As epidermodermites profissionais dos manipuladores de cimento. Monografia. Bloch ed., 1951.

7 — Tzank, A. e Sidi, E. — Les dermatoses alergiques, Masson et Cie. ed., Paris, 1950, pág. 161.

8 — Rabelo, Francisco Eduardo — As eczematizações. Conferência na Soc. Brasil. de Alergia, em novembro de 1952.

9 — Schwartz, Louis — Standardization of patch-tests, Ann. of Allergy, 8:63(1950).

10 — Sulzberger, M. — Dermatologic Allergy, Ch. C. Thomas ed., 1940, pág. 440.

11 — Vaughn, W. and Black, J. K. — Practice of Allergy, Mosby ed., St. Louis, 1940, págs. 913, 914.

12 — Hansen, K. — Tratado de Alergia, Labor ed., 1946, pág. 644.

13 — Schwartz, L. — Tolipan & Peck — Occupational diseases of the skin, Lea & Febiger ed., Filadélfia, pág. 70.

14 — Ballesteros L., Mom, A. e Noussitou, F. — Alergia dermatológica, El Ateneo ed., Buenos Aires, 1948, pág. 186.

15 — Jimenez Diaz, C. — Asma e otras enfermedades alergicas, ed. Spaña 1932, pág. 72.

16 — Ramos e Silva, J. — A alergia em dermatologia. Conferência na Soc. Brasil. de Alergia, em agôsto de 1950.

17 — Sulzberger, M., e Baer, Rudolf — Office Immunology, Year Book ed., 1946, pág. 22.

18 — Brum Negreiros, E. — Investigação alergo-dermatológica na indústria gráfica, An. brasil. de dermat. e sif., 26:167(dez.),1951.

Endereço do autor: av. Nilo Peçanha, 26-2.º, s. 204 (Rio)

Artigo especial

Nomenclatura dermatológica

(Notas marginais ao trabalho da Comissão Brasileira)

F. E. Rabello

ERYTHEMA NODOSUM (ERITEMA NODOSO):

Sim. — Dermatite contusiforme.

Def. — Síndrome sub-aguda caracterizada por uma erupção de nodosidades, fazendo-se por surtos, tendo como localização habitual as pernas ao longo da crista da tíbia, cujo início se faz com sintomas de infecção geral (amidalite, reumatóide), e cuja marcha é cíclica, tudo se normalizando dentro de 6-12 semanas, conquanto possam ocorrer recidivas. É característica a coloração quase equimótica, quando da involução dos nódulos (dermatite contusiforme), involução essa que é total e se faz sempre sem supuração. Igualmente característica é, do ponto de vista histológico, a ocorrência ao longo dos septos conjuntivos da hipoderme, de nódulos radiários de Miescher. A existência de focos de infecção (amídalas, etc.), parece ter importância etiológica, seja na criança quando a tuberculose é fato predominante, seja no adulto quando outras infecções (lepra, linfogranulomatose venérea) e intoxicações (sulfas) podem estar em causa.

ERYTHEMA PERSTANS FACIEI (Jadassohn):

v. ERYTHEMATODES.

ERYTHEMA PERSTANS MIGRANS:

Def. — Afecção de irrupção aguda e decurso sub-agudo ou mesmo crônico, tendo início por um disco eritematoso único que em algumas semanas progride até atingir grande extensão, guardando sempre o aspecto de uma fina orla eritematosa migradora circunscrevendo área de pele sadia. Parece indubitável o papel provocador da picada de hematófagos (carrapatos do gênero Ixodes — Afzelius 1913). Recentemente surgiram casos acompanhados de franca meningite (em geral monocitária), e se verificou definida resposta terapêutica a diversos medicamentos treponemicidas, tudo sugerindo uma espiroquetose.

ERYTHEMA RHEUMATICUM:

Sin. — Erythema annulare rheumaticum (Rayer 1883, Lehndorf-Leiner 1922).

Def. — Erupção eritematosa de regra discretíssima e evanescente, segura indicadora da existência de uma cardite reumática em evolução e de

qual constitui signum mali ominis. *São elementos figurados em segmentos de arco ou em anéis, festões e guirlandas, quase sempre no tronco, sobretudo o ventre e os flancos. O exantema procede por surtos sempre discretos, e dura às vêzes poucas horas para reaparecer noutro lugar, mais tarde. Trata-se de uma erupção especificamente ligada à moléstia reumática ("cartão de visita") ao que parece rara no material brasileiro, própria da 2ª infância.*

Pode acompanhar-se de nódulo reumático de Meynet.

ERYTHEMA RODENS (Gibert):
v. ERYTHEMATODES.

ERYTHEMA SCARLATINIFORME RECIDIVANS (ERITEMA ESCARLATINIFORME RECIDIVANTE):

Sin. — Erythema desquamativum scralatiniforme recidivans (Besnier-Féréol 1876)
Dermatitis scarlatiniformis generalisata recidivans (Leloir, Vidal)
Dermatitis exfoliativa acuta benigna (Brocq)
Dermatitis scarlatiniformis recidivans (Unna).

Def. — Sindrome aguda exantemática benigna caracterizada por uma erupção eritematosa febril às vêzes localizada em certas regiões, mais vêzes generalizada ou universal, então a pouco e pouco constituída pela confluência de elementos rubeoliformes ou roseoliformes, enfim francamente escarlatiniformes, levemente túrgidos, muitas vêzes acompanhados de edemas regionais, e sobretudo precocemente descamativos, sendo a descamação presente — quando o eritema ainda persiste, prolongada e abundante. Alopécia difusa aguda, estrias transversas das unhas constam do quadro, que se completa dentro de 2 a 6 semanas. Certos caracteres, entre os quais as recidivas freqüentes, às vêzes estacionais ou anuais, não raro reincidindo nas mesmas áreas, os edemas circunscritos, o prurido, a eosinofilia, sugerem uma etiologia ligada a alergenos ambientais (pólens?), a algum vírus, ou a ambos (certos medicamentos — vg. o Hg, podem ter ação provocadora).

ERYTHEMA SIMPLEX MARGINATUM (Feilchenfeld 1902):
v. ERYTHEMA INFECTIOSUM.

ERYTHEMA STREPTOGENES (Dobey-Jones 1948):
v. PYODERMIA PITYRIASIFORMIS FACIEI (carentiarum)
e tb. DARTRO VOLANTE.

ERYTHEMA WITH REMARKABLE NODULAR THICKENING AND INDURATION OF THE SKIN (Bury 1889):
v. ERYTHEMA ELEVATUM DIUTINUM.

ERYTHEMATODES (ERITEMATODES)

Sin. — Lupus eritematoso; Lupus de Cazenave; Uleritema centrífugo; Eritema centrífugo de Biett (pro-parte).

Def. — Afecção cutânea caracterizada :

Na forma fixa ou discóide pelo aparecimento, de preferência na região cefálica, de placas arredondadas de evolução extremamente crônica, constituídas essencialmente de uma alteração conjuntivo vascular (eritema, telangiectasias, edema), com hiperceratose sobretudo folicular e atrofia residual.

Na forma extensiva as mesmas lesões mais atenuadas, porém mais numerosas.

Na forma febrie ou maligna um grave comprometimento do estado geral com febre e lesões viscerais múltiplas tendo estas por substrato alterações arteriolares.

ERYTHEMATO-SCLEROSE (Audry) :
v. DERMATITIS GLUTEALIS ET PLICORUM INFANTUM.

ERYTHEME CENTRIFUGE (Biett) :
v. ERYTHEMATODES.

ERYTHEMA GLUTEALE (Leiner):
v. DERMATITIS GLUTEALIS ET PLICORUM INFANTUM.

ERYTHEME INFANTILE (Moussus) :
v. DERMATITIS GLUTEALIS ET PLICORUM INFANTUM.

ERYTHEME LENTICULARE (Sévestre) :
v. Dermatitis glutealis et plicorum infantum.

ERYTHEME PAPULO-CIRCINE MIGRATEUR ET CHRONIQUE (Darier 1916) :
v. ERYTHEMA ANNULARE CENTRIFUGUM.

ERYTRASMA (ERITRASMA).
Def. — Ceratofitose provocada pelo*Actinomyces minutissimus*, mais comumente observada entre os homens e representada por placas pardacentas, avermelhadas ou róseo-amareladas, localizadas quase sempre nas dobras gênito-crurais, raramente nas axilas, as quais têm contôrno nítido e policíclico, e centro finamente escamoso, só excepcionalmente acompanhadas de ligeiro prurido.

ERYTHROATROPHODERMIA PERSTANS IN PLACIBUS (Pernet) :
v. PARAPSORIASIS
e tb. MORBUS BROCQ.

ERYTHROCYANOSIS CRURUM PUELLARUM :
v. ERYTHROCYANOSIS.

ERYTHROCYANOSIS (ERITROCIANOSE)
Sin. — Erythrocyanosis crurum puellarum.

Def. — Afecção própria da mulher jovem, representada por placas cianóticas mal limitadas, que se localizam nas faces ântero-externa e ântero-interna do têrço inferior das pernas, às vêzes contornando todo o membro, ao nível das quais podem aparecer telangiectasias sinuosas e que à palpação se mostram profundamente infiltradas.

ERYTHRODERMA EXFOLIATIVUM *(ERITRODERMIA ESFOLIATIVA)*
Def. — Sindrome caracterizada por eritema difuso, descamação ou esfoliação, edema profundo, por vêzes ressudação, prurido intenso e criestesia, assumindo o aspecto de erupção universal de caráter persistente.

ERYTHRODERMA SQUAMOSUM (Ravogli) :
v. PARAPSORIASIS
e tb. MORBUS BROCQ.

ERYTHRODERMIA MACULO-SQUAMOSA PERSTANS (Galloway) :
v. PARAPSORIASIS
e tb. MORBUS BROCQ.

ERYTHREDEMA :
v. MORBUS SWIFT-FEER.

ERYTHROMELALGIA (ERITROMELALGIA)
Def. — Afecção rara, que se observa particularmente nos membros inferiores, de marcha paroxística e caracterizada por edema, elevação da temperatura local, eritema e dor.

ERYTROMELIE (Pick) :
v. DERMATITIS ATROPHIANS DIFFUSA.

ERYTHROPLASIA (ERITROPLASIA)
Sin. — Epitelioma papilar nu.
Def. — Afecção que se localiza nas mucosas da boca, língua, lábios, bochechas, glande, prepúcio, vulva, sub forma de manchas vermelhas, brilhantes, velvéticas e circunscritas, persistentes e lentamente extensivas, as quais se transformam habitualmente em epitelioma espino-celular.

ESCLERODACTILIA:
v. ACROESCLEROSIS *VASOSPASTICA*.

ESCLEROSE INICIAL :
v. SYPHILIS, AFFECTIO INITIALIS.

ESPUNDIA:
v. LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIS (Ed. Rabello 1917).

ESTHIOMENE (ESTIOMENE).
Sin. — Úlcera crônica da vulva; Úlcera elefantiásica crônica da vulva.

Def. — Ulceração crônica da vulva. acompanhada de elefantíase, localizada nos grandes e pequenos lábios, mas podendo invadir tôda a região, inclusive a vagina. A lesão é irregular, os bordos, assim como os tecidos que a roedíam, são infiltrados e endurecidos, o fundo, róseo pálido, pode ser liso, mas freqüentemente apresenta verrucosidades papilomatosas ou tumores linfangiectásicos. Comumente se observam grandes destruições que deformam completamente o órgão, verificando-se a formação de bridas e trajetos fistulosos. Muitas vêzes a lesão vulvar se associa a alterações mais ou menos importantes do anus e reto, podendo formar-se fístulas reto-vaginais ou mesmo uma larga ulceração em cloaca. A estiomene vulvar parece constituir um síndrome relacionado com várias causas, (tuberculose, cancro mole, granuloma venéreo etc), mas é indubitável que a linfogranulomatose venérea é o fator mais freqüentemente responsável.

ESTOMATITE AFTOSA :
v. APHTA VULGARIS.

ESTREPTOCOCCIDES ECZEMATIFORMES :
v. PYODERMATIS ECZEMATOIDIS.

EXANTEMA VARIABILE (Popischill 1904) :
v. ERYTHEMA INFECTIOSUM.

EXCORIATIO NEUROTICA (Excoriações neuróticas) :
Sin. — Acné excoriée des jeunes filles (Brocq pro parte)
Acne urticata (Kaposi, pro parte)
Dug out excoriations (Colcott Fox)

Def. — Erupção artificial não necessàriamente patomímica, porém intencional, caracterizada por excoriações e mesmo exulcerações ou pequenas ulcerações escavadas ("dug out"), crostificadas, de mistura com máculas pigmentares e cicatrizes irregulares, em geral na face, pescoço, espáduas, e outros pontos accessíveis aos dedos. As lesões são devidas ao desejo incoercível de remover substâncias estranhas, tais como pêlos ou supostos parasitas, constituindo um impulso comparável à onicofagia. Para tanto, os pacientes utilizam variados instrumentos sempre mais ou menos traumatizantes, tais como pinças, alfinetes e outros. O fundo psicogênico não chega a constituir típica personalidade psicopática (neurose de situação). Os sexos, contràriamente, ao que se pensa, são representados em pé de igualdade.

EXFOLIATIO AREATA LINGÆ :
v. GLOSSITIS EXFOLIATIVA GEOGRAPHICA.

FAMILIAL BENIGN CHRONIC PEMPHIGUS (Hayley-Hayley 1939) :
v. EPIDERMOLYSIS BULLOSA (DISQUERATÓSICA).

FARMER'S SKIN (LAWRENCE):
v. DYSTROPHIA CUTIS INVOLUTIVA.

FAVIDIS :
v. MYCIDIS.

FAVUS :
v. TINEA FAVOSA.

FERIDA BRAVA :
v. LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIS (Ed. Rabello 1917).

FIBROMA CUTIS (FIBROMA CUTANEO)
Sin. — Dermatofibroma lenticulare (Schreus); Fibroma em pastilha (Civatte); Noduli cutanei (Arning e Lewandowsky); Nodular sub-epidermal fibrosis (Michelson).
Def. — Pequenos tumores solitários ou pouco numerosos, encastoados na pele, bem delimitados, duros, de coloração rósea ou igual à da pele, situados habitualmente nos membros. Histològicamente são constituídos de fibroblastos e de numerosas fibras colágenas.

FIBROMA PENDULUM SIVE MOLLUSCUM (Virchow) :
v MORBUS RECKLINGHAUSEN
e tb. NÆVUS FIBROMATODES MULTIPLEX

FIBROMA SIMPLEX (Unna) :
v. FIBROMA CUTIS.

FIBROMATOSER ELEPHANTIASIS DER KOPFHAUT (Rubesch) :
v. MORBUS RECKLINGHAUSEN (NEUROCUTANEUM).

FIBROME EN PASTILLE (Civatte) :
v. FIBROMA CUTIS.

FIBROSARCOMA DA PELE :
v. DERMATOFIBROSARCOMA.

FIEBRE DE OROYA :
v. MORBUS CARRION.

FOGO SELVAGEM :
v. PEMPHIGUS ERYTHEMATODES.

FOLLICLIS (Barthélemy 1891):
v. TUBERCULID PAPULOIDES NECROTICA.

FOLLICULITIS ABSCEDENS CYSTICA (SEBORRHOICORUM) :
Sin. — Pyoderma faciale (O'Leary-Kierland 1940).
Def. — Afecção caracterizada pela erupção abrupta de pústulas profundas e de verdadeiros abcessos na face em mulheres jovens, sôbre pele seborréica mas não necessàriamente acneica. São lesões características, abcessos cutâneo-subcutâneos em galeria de mina, císticos e fistulizados, involuindo sob forma incompleta com cicatrizes queloidianas.

FOLLICULITIS ATHROPHICANS CORPORIS :
v. FOLLICULITIS DEPILANS CORPORIS.

FOLLICULITIS CHELOIDALIS (SEBORRHOICORUM) :
Sin. — Acné chéloidienne
Folliculitis sclerotisans nuchae (Ehrmann).

Def. — Afecção caracterizada inicialmente por um surto de foliculites dispersas na nuca, seguido de uma reação peri-folicular fibrosa peculiar que determina a formação de massas queloidianas dispostas horizontalmente, de cuja superfície os pêlos emergem em chumaços isolados. Subseqüentemente, estas produções fibrosas involuem e desaparecem na área primitivamente atingida, indo reconstituir-se um centímetro mais acima, habitualmente cercadas de foliculites satélites. Esta forma é de uma cronicidade e mesmo tenacidade notabilíssima.

FOLLICULITIS DEPILANS (FOLICULITES DEPILANTES)
Def. — Foliculoses inflamatórias, tórpidas, progressivas, rebeldes, que terminam por atrofia cicatricial do folículo (v. Foliculites depilantes do couro cabeludo — Quinquaud, da barba — Brocq, do corpo — Dubreuilh e Arnozan).

FOLLICULITIS DEPILANS BARBÆ (FOLICULITE DEPILANTE DA BARBA)
Sin. — Foliculite socosiforme atrófica (Darier); Sicose lupoide (Brocq); Ulcritema sicosiforme (Unna); Acne pillaire cicatricielle dépilante de la barbe (Besnier).
Def. — Foliculose inflamatória crônica, da região da barba, que termina por atrofia cicatricial central, precedida da formação de pústulas foliculares agminadas com eritema e infiltração superficial difusa da pele.

FOLLICULITIS DEPILANS CAPITIS (FOLICULITE DEPILANTE DO COURO CABELUDO)
Sin. — Acné décalvante (Lailler).
Def. — Foliculite crônica do couro cabeludo, que termina por atrofia cicatricial, caracterizando-se pela formação de pústulas foliculares nas zonas de invasão.

FOLLICULITIS DEPILANS CORPORIS (FOLICULITE DEPILANTE DO CORPO)

Sin. — Folliculitis athrophicans corporis (Dubreuilh); Folliculitis (Arnozan-Dubreuilh).
Def. — Foliculite crônica que termina por atrofia cicatricial, localizada nas pernas e coxas, caracterizada por pústulas foliculares dispostas em círculo ou arcos de círculo e circundando uma zona central depilada, a qual se estende progressivamente, sempre marcados seus limites por uma orla contínua ou descontínua de pústulas que centrífugamente se distende.

FOLLICULITIS MILIARIS RECIDIVANS (SEBORRHOICORUM):

Sin — Éruption papulo-pustuleuse miliaire récidivante de la face (Brocq 1922).
Dfe. (Texto de Brocq) : — Erupção "essencialmente caracterizada por exíguas pápulo-pústulas miliares superficiais, surgindo em surtos agudos subentrantes, que podem crivar a face, cada elemento durando no máximo cinco a seis dias; têm como sítio de predileção as bochechas e o nariz; não parecem sempre peripilares, e muitas vêzes estão acompanhadas de pequenas dilatações vasculares". É freqüente a coexistência de rosácea franca.

FOLLICULITIS NARES PERFORANS (FOLICULITE NARINARIA PERFURANTE):

Def. — Afecção caracterizada por uma foliculite sub-aguda, de índole expulsiva, tendo início por uma lesão furunculóide crustificada da superfície cutânea da extremidade do nariz; à expressão vem uma gota de pús e uma vibrissa que aflora à pele pela raiz (Culver 1927).

FOLLICULITIS NECROTISANS (SEBORRHOICORUM):

Sin. — Acne necrotica (Boeck)
Acne rodens (
Impetigo rodens (Gibert).

Dfe. — Síndrome seborréica caracterizada por uma erupção tenazmente recividante, cujos elementos são vésico-pústulas efêmeras e quase nunca visíveis, seguindo-se focos de necrose, e formação de crôsta pardacenta umbilicada ou deprimida no centro, exatamente redonda que, destacada, deixa ver uma minúscula exulceração crateriforme e, ao extinguir-se o processo — uma cicatriz varioliforme característica pela sua localização: fronte e têmporas (acne frontalis), limbo do couro cabeludo, nariz e sulcos naso-genianos, e às vêzes em outras áreas seborréicas.

Quando em pleno couro cabeludo ,as lesões desta acne podem ser ainda menores, mais fugazes, conquanto sempre recidivantes, e também não ulcerativas, podendo desaparecer sem vestígio e quase sempre com prurido (é o tipo miliar).

FOLLICULITIS TRAUMATICA BARBÆ (Greenbaum 1935):

v. FOLLICULOSIS CHRONICA CICATRISANS (Barbae) (Dubreuilh 1922, Pinkus 1943).

FOLLICULITIS UND PERIFOLLICULITIS CAPITIS ABSCEDENS ET SUFFODIENS (E. Hoffman 1908):

v. ACNE CONGLOBATA

e tb. KERION CELSI (o achado sumamente interessante de formas micelianas e esporos, e bem assim culturas de um tricophyton humano — Tr. acuminatum Ramos e Silva 1949, inclusive em adolescentes e mesmo em idade avançada, situam essa forma em parte no grupo das formas fanerofíticas tórpidas inflamatórias do couro cabeludo).

FOLLICULITIS ULERYTHEMATOSA RETICULATA (McKee-Paranougian 1918):

v. NAEVUS ATROPHIANS VERMICULARE.

FOLLICULOSIS (FOLICULOSES)

Def. — Afecções do folículo piloso de origem irritativa, alérgica, carencial ou distrófica.

FOLLICULOSIS CHRONICA CICATRISANS (BARBAE) — FOLICULOSE CRÔNICA CICATRICIAL (DA BARBA):

Sin. Eruption papuleuse de la barbe causée par le recourbement des poils (Dubreuilh 1922)
Folliculitis traumatica barbae (Greebaum 1935)
Pseudofolliculitis chronica cicatrisans (Pinkus 1934).

Def. — Afecção peculiar à raça negra, caracterizada pelo encurvamento retrógrado do pêlo após emergência do folículo, o que determina inflamação a corpo estranho e êxito cicatricial, fenômeno que ocorre aos grupos em determinada área da barba.

FRAMBOESIA (FRAMBOESIA)

Sin. — Bouba; Pian; "Yaws".

Def. — Moléstia que provoca na pele manifestações polimorfas características, a princípio erupções superficiais e benignas, tàrdiamente lesões graves e destrutivas que podem atingir os ossos e articulações, causada por um espiroqueta — o "Treponema pertenue" ou "pallidulum".

FURUNCULUS (FURÚNCULO)

Def. — Inflamação aguda profunda, (causada por estafilococos), de um folículo pilo-sebáceo, estendendo-se à circunvizinhança e determinando-lhe não só a supuração como a necrobiose parcial, caracterizada esta pelo aparecimento do *carnicão*.

FURUNCULUS CONFLUENS (FURÚNCULO CONFLUENTE):

Sin. — Anthrax benignum
Carbunculus.

Def. — Inflamação sub-aguda profunda caracterizada por um processo de supuração com vasta necrose hipodérmica difusa, e fenômenos gerais da fase de invasão de uma moléstia infectuosa. O processo toma início com uma tumefação dura, sede de dor viva, lancinante, e de edema considerável da vizinhança. Flictenopústulas se manifestam num grupo de óstios foliculares, transformando-se em orifícios com supuração mais ou menos abundante e evacuação de massas esfacélicas. Esta fase de evacuação dura de duas a três semanas, e o processo termina com uma cicatriz às vêzes retráctil e estrelada. Nos diabéticos, é clássica a localização na nuca, sendo a indução notável (fleimão lenhoso); em outros casos o processo se difunde numa área maior, sendo intensos os fenômenos gerais e reservado o prognóstico.

GANGOSA:

Sin. — Rhinopharyngitis mutilans (Leys 1906).

Def. — Síndrome destrutiva terebrante do massiço central da face, tendo de regra como início uma lesão granulomatosa dos limites muco-cutâneos dos lábios ou narinas, lesão essa em muitos casos serpígino-ulcerosa, e podendo, portanto, propagar-se para longe do ponto de partida, ao mesmo tempo que vai destruindo as partes moles, descobrindo e depois destruindo a cartilagem e o esqueleto do nariz e da abóbada palatina, descendo ao faringe, mas poupando quase sempre o laringe, e nos casos mais característicos poupando o lábio superior e a arcada dentária correspondente, limite inferior da vasta cratera então constituída. Dores osteócopas de paroxismo vesperal e noturno acompanham a marcha do processo. A voz fanhosa deu motivo ao nome. Em diversos focos de framboésia ocorrem com certa freqüência casos desta forma, já obtida também experimentalmente em macacos infectados com o Tr. pertenue. Parece provável que, além da framboésia, a leishmaniose cutâneo-mucosa e a sífilis possam — sobretudo associadas, determinar formas terebrantes idênticas.

GANGRENA FULMINANS GENITALIA (GANGRENA FULMINANTE DA GENITÁLIA):

Def. — Tipo raro de gangrena (Fournier 1883), observado de regra em adultos jovens, tendo início por uma excoriação ou ferida cutânea superficial, seguida bruscamente de enorme edema róseo do pênis e das bolsas, acompanhado de fenômenos gerais inquietantes, tais como calefrios, febre intensa. Ao cabo de 24-36 horas, no membro deformado em badalo de sino, surgem uma ou duas flictenas hemorrágicas que confluem e rompem para formar sôbre a base fortemente eritematosa placas gangrenosas, violáceas ou negras. A marcha é cíclica, e dentro de uma semana estando os fenômenos gerais e locais em seu apogeu, cai bruscamente a febre, as escaras se delimitam pelos sulcos de eliminação, e as destruições definem-se de regra limitadas aos tegumentos do escroto e do prepúcio, restaurando-se de modo antes surpreendente sem deixar em geral deformações irreparáveis.

GANGRENÆ (GANGRENAS)

Def. — Síndromes necróticos de índole regional ou segmentar, provocando raramente lesões múltiplas, caracterizadas por uma necrose escarótica, isto é, por um processo de mortificação parcelada de uma área de pele fazendo-se em "um bloco que conserva sua arquitetura e sua coesão" (Chevallier). A êste bloco inerte se dá o nome de escára,dentro em pouco bem demarcada e a seguir separada dos tecidos vivos circunvizinhos — o sulco de eliminação. A seguir, a escara se retrai, e é eliminada descobrindo uma ulceração que, uma vez limpa dos detritos teciduais restantes, entra em cicatrização.

A escára pode ser sêca, pergaminhada, mumificada ou húmida, mole e fétida. E' comumente violácea, parda ou negra, mas pode manter-se clara ou acinzentada, em certas gangrenas sêcas.

GÉROMORPHISME CUTANÉ (Souque-Charcot 1891):
v. CHALAZODERMIA.

GLOMANGIOMA (Bailey 1935):
v. GLOMO-BLASTOMA.

GLOMO-BLASTOMA (GLOMO-BLASTOMA):

Sin. — Tumeurs du glomus neuro-myo-artériel des extrémités (Barré-Masson 1924)
Angiomyoneurome artériel (Masson 1926)
Tumeur glomique (Masson 1927)
Glomangioma (Bailey 1935).

Def. — Tumor pouco freqüente, originado de um organito peculiar, o glomo neuro-myo arterial, existente em diversas áreas da pele, especialmente ao nível do leito da unha, da polpa dos dedos e artelhos, da palma da mão e planta do pé. Assentam sempre na derme, quando profundos são invisíveis. Mais em superfície assumem o aspecto de pequenas máculas angiomatosas, de regra solitárias raramente múltiplas, surgindo sobretudo em mulheres já maduras. Sintoma cardial é a dor, seja espontânea e então vindo por crises ou surda e permanente, seja provocada não raro aos mais leves contactos e realmente insuportável, às vêzes com irradiação. Crescendo juxtaperióstico, o pequeno tumor doloroso pode causar leve depressão discóide no osso subjacente, o que pode ser visto aos Raios X. O tumor é sempre benigno, a cura integral se obtem com a completa excisão cirúrgica. A histologia é característica, sendo o tumor misto coexistindo massas de células myoepitelióides, cavidades vasculares e formações neuromatosas em proporções variáveis. Trata-se de uma forma nevóide (hamartoma).

GLOSSITE LOSANGICA MEDIANA:
v. NÆVUS RHOMBOIDALIS LINGUÆ.

GLOSSITIS CHRONICA DOLOROSA (Moeller) — GLOSSITE CRÔNICA DOLOROSA:

Sin. — Chroniche oberflaechlichen excoriationen des Zunges (Moeller 1851).

Def. (segundo Rattner 1947) — Glossite de curso crônico caracterizada em geral por intensa glossodínia, às vêzes prurido com irradiação aos ouvidos e garganta, em certos casos apenas parestesias fugazes A sensação dolorosa está de regra limitada às áreas de glossite vermelha, sendo os locais atingidos algo atróficos quase excoriados, em arcadas, as papilas congestivas túmidas e extremamente sensíveis ao toque. A extensão da lingua, vê-se estrias esbranquiçadas percorrendo a superfície (Arndt). Não parece obrigada a conexão com estados de anemia perniciosa.

GLOSSITIS EXFOLIATIVA GEOGRAPHICA (GLOSSITE EXFOLIATIVA GEOGRÁFICA).

Sin. — Descamação marginada aberrante em áreas; Língua geográfica.

Def. — Placas depapiladas da língua, localizadas preferentemente nos bordos, constituídas de um ou vários elementos isolados ou confluentes, e representadas por superfícies descamadas, eritematosas, de forma muito variável, e de limites bem marcados por uma orla intensamente vermelha, carmezim, nìtidamente distinta da parte central que tem côr vermelha pálida, sendo ainda de notar, como característica dessa afecção, que as placas mudam de conformação, ou mesmo de localização em curto espaço de tempo.

GLOSSODYNIA (GLOSSODINIA):

Sin. — *Burning tongue (Engman 1920).*

Def. (segundo Curschman 1942) — Sintoma ou síndrome que pode incidir em neuropatas, freqüente em mulheres idosas desdentadas, havendo forte atrofia da mucosa e pele pergaminhada, entorpecimento da língua, agueusia (medicamento aneurina); na anemia hipocrômica, acompanhada de disfagia na síndrome de Plummer-Vinson (medicamento ferro); em certas formas não anêmicas de sprue, em certos casos de diabetes.

GLOSSODYSPLASIA SCROTALIFORMIS (GLOSSODISPLASIA ESCROTALIFORME).

Sin. — Língua scrotalis; Lingua plicata.

Def. — Malformação com início a partir dos 3 a 4 anos de idade, freqüentemente precedida, e a seguir acompanhada de glossite exfoliativa geográfica e caracterizada pela acentuação do sulco mediano da língua, e aparecimento de sulcos transversais entrecortados em diversos ângulos sôbre a face dorsal da língua, sendo os bordos desta irregulares, e podendo haver, conforme os casos, hipertrofia papilar, caratose da mucosa, e um certo grau de macroglossia.

GLOSSOKERATOSIS-NIGRA VILLOSA (GLOSSOCERATOSE NIGRA VILOSA)

Sin. — Língua negra vilosa ou pilosa; Hiperkeratosis nigricans linguæ; Melanoglossia.

Def. — Ceratose das papilas filiformes da língua, as quais se mostram muito alongadas e de coloração castanho escuro ou negra e deitadas umas sôbre as outras no mesmo sentido; a afecção é mais acentuada na linha mediana da língua, estabelecendo-se na direção das bordas; é de duração prolongada, mas pode regredir espontâneamente, se bem que reincida freqüentemente. Apesar de ter sido atribuída essa afecção a cogumelos de vários gêneros, parece que certos estados carenciais representam papel etiológico importante.

GRANULOMA ANNULARE (GRANULOMA ANULAR)

Sin. — Ringed eruption (Colcott Fox — 1895); Erythemato-sclerose (Audry — 1904); Tumori sarcoidei (Rasch-Gregersen — 1903).

Def. — Síndrome caracterizada por uma erupção quase sempre circunscrita de pequenos tubérculos, de côr cérea ou róseo-pálida, com marcada tendência para aglomeração arciforme ou anular, os quais formam uma ourela em colar de pérolas limitando uma placa de dentro deprimido, de superfície lisa ou mesmo atrófica. É especialmente freqüente na 2ª infância e adolescência, tendo como localizações habituais as regiões juxta-articulares, dorso das mãos e dos dedos, punhos, tornozelos e menos freqüentemente os joelhos e o dorso dos pés. A afecção é crônica, tórpida, aflegmásica, regredindo espontâneamente às vêzes após a bióp-

sia. A histologia é peculiar, sendo que fócos de infecção (amigdalas, etc.) parecem ter importância etiológica.

A necrobiose lipóidica pode determinar quadros anátomo-clínicos semelhantes.

GRANULOMA COCCIDIOIDES:
v. MICOSE POSADAS-WERNICKE.

GRANULOMA EOSINOPHILICUM (GRANULOMA EOSINÓFILO)

Def. — Raríssima granulomatose, ainda mal delimitada, que pode apresentar no homem localizações cutâneas e outros (no osso p. ex.). As formas cutâneas compreendem — tipos que clìnicamente vão desde o granuloma fungóide atípico até o granuloma maligno, sendo a forma melhor individuada o granuloma eosinófilo peri-orificial (lesões vegetantes peri-anais e peribucais) de Nanta-Gadrat e de Pautrier. Em patologia comparada o sifilóide do gato apresenta afinidades, pelo menos histológicas, com a doença humana. Os vários tipos assinalados têm como característica comum a eosinafilia extrema predominante no infiltrado polimorfo granulomatoso.

GRANULOMA ESTAFILÓCICO VEGETANTE (Truffi):
v. PYODERMA VEGETANS.

GRANULOMA INGUINALE:
v. GRANULOMA VENEREUM.

GRANULOMA LYMPHADENOIDE (Jadassohn):
v. LYMPHOCYTOMA BENIGNUM CUTIS.

GRANULOMA PEDICULATUM (Frédéric):
v. ANGIOBOTRYOMA.

GRANULOMA PYOGENICUM (Crocker 1903):
v. ANGIOBOTRYOMA.

GRANULOMA TELANGIECTASICUM (Kuttner 1905):
v. ANGIOBOTRYOMA.

GRANULOMA ULCERATIVO DA GENITALIA:
v. GRANULOMA VENEREUM.

GRANULOMA VENEREUM (GRANULOMA VENÉREO)

Sin. — Granuloma inguinale; Granuloma ulcerativo da genitalia.

Def. — Doença de caráter ulceroso serpiginoso, e/ou vegetante e de decurso crônico, possìvelmente de origem venérea, localizando-se de preferência nos órgãos genitais ou nas vizinhanças e em cujas lesões encontram-se os "corpúsculos de Donovan" — Donovania granulomatis.

GRANULOMATOSIS MALIGNA ADENOMEGALICA (GRANULOMATOSE MALIGNA ADENOMEGALICA):

Sin. — Linfogranulomatose maligna (Paltauf-Sternberg); Adenia eosinofílica prurigênica (Favre); Prurigo linfadênico (pro-parte) (Dubreuilh); Doença de Hodgkin.

Def. — Granulomatose de sede principalmente ganglionar, localizando-se também nas vísceras (bago, fígado ou pulmões) e na medula óssea caracterizando-se, no comum dos casos, pela tríade: febre remitente irregular, leucocitose com linfopenia, eosinofilia e hipertrofia dos gânglios linfáticos (pescoço, mediastino). As manifestações cutâneas, geralmente acessórias, podem revestir-se de certa importância e mesmo preceder de muito o aparecimento das

outras localizações. Elas são "banais", prurido e suas conseqüências de ordem dermatológica (prurigo, liquenificação, eczematisação) ou específicas — vendo-se nestas a estrutura peculiar ao granuloma (gigantocitos de Sternberg — Reed e tôdas as demais células dos tecidos de granulação).

GRANULOMATOSIS MALIGNA FUNGOIDES (GRANULOMATOSE MALIGNA FUNGÓIDE):

Sin. — Micose fungóide (Alibert-Bazin).

Def. — Granulomatose relativamente rara, com manifestações cutâneas e, às vezes, localizações viscerais conduzindo à morte em prazo mais ou menos longo. A síndrome cutânea compõe-se de: prurido, eritrodermia, erupção eczematóide, liquenóide, purpúrica, evantualmente bolhas e finalmente tumorações, que podem atingir grandes dimensões e acabam por ulcerar-se. Na forma "clássica" nota-se a precessão, não obrigatória, de uma erupção dita eczêmato-liquênica ou de uma eritrodermia, vindo depois as tumorações. O origem reticular dos elementos polimorfos (entre os quais destaca-se um histiócito evoluído, de grandes dimensões, a célula "micósica") que constituem o granuloma, difuso nas formas eritrodérmicas, nodular nas formas "fungoides", permite considerar esta afecção como uma granulomatose maligna.

GRANULOSIS RUBRA NASI (Jadassohn):
v. MORBUS-SWIFT-FEER.

GUMMIHAUT (Jadassohn):
v. ELATODERMIA.

GUNDÚ (Guandú):

Def. — Tumorações para-nasais de regra bilaterais formadas à custa das apófises ascendentes do maxilar superior, de crescimento em geral lento, em muitos casos limitado no tempo, permanecendo a pele móvel e, à palpação, superfície óssea subjacente lisa, sendo a base das formações larga ou pediculada, podendo em muitos casos desenvolverem-se a ponto de obstruir as fossas nasais.

Ainda não está resolvida a vinculação desta síndrome à framboésia, sendo importante o fato de serem raríssimos os casos no Brasil não obstante a difusão daquela treponematose em certas áreas.

HELMINTHIASIS NODULARIS (HELMINTIASES NODULARES)

Def. — Síndromes caracterizadas pela erupção de nodosidades, ocorrendo insidiosamente e acusando aspectos clínicos que em geral ajudam a identificar a causa : — a oncocercose distribui os seu nódulos nas áreas em que a pele repousa imediatamente sôbre os ossos (no caso de O. coecutiens quase sempre o couro cabeludo, no caso de O. volvulus o gradeado costal, apófises espinhosas das vértebras, crista ilíaca e trocanter); — a cisticercose, cujos nódulos são devidos às formas larvárias de T. solium, a erupção é disseminada, especialmente no tronco, mas também no nível dos membros, e até da extremidade cefálica, enquanto no caso da equinococose se trata de nódulos ou tumorações solitários, mais ou menos flutuantes e translúcidos, acusando à palpação o sinal característico de vibração hidática.

Em qualquer dessas formas, podem os nódulos sofrer amolecimento, supuração ou calcificação.

HEMANGIOENDOTHELIOMA TUBEROSUM MULTIPLEX (Jarisch):
v. NÆVUS SYRINGO-ADENOIDES CYSTICUM.

HELMINTHIASIS MIGRANS (HELMINTIASE MICRANTE).

Sin. — Creeping disease; Doença de Robert Lee; Dermatose eruptiva serpeante linear (pro-parte); Larva migran (pro-parte).

Def. — Doença parasitária causada no Brasil e regiões inter-tropicais por larvas de nematodes, que cavam túneis sob a epiderme, os quais, fazendo saliência na pele, determinam o aparecimento de elementos eruptivos muito caracteristicos, representados por elevações lineares, sinuosas, múltiplas e curtas, formando desenhos caprichosos e acompanhados, geralmente, de forte prurido. Em outras regiões, fora das zonas inter-tropicais, é conhecida doença de representação semelhante, provocada, porém, por larvas de dípteros (oestrideos), merecendo assim ser chamada "Miiase migrante".

HELODERMIA ANNULARIS (Voerner):
v. PARAKERATOSIS NOEVOIDES (Mibelli).

HERDWEISER ATROPHIE DES SUBCUTANEN GEWEBE (Pfeifer 1892):
v. PANICULITIS FEBRILIS (Weber-Christian)

HERPES (HERPES)
Sin. — Herpes simples.
Def. — Dermatovirose da pele e/ou da mucosa caracterizada por uma erupção aguda vesiculosa, agrupada, com uma certa predileção pela face, a genitália, e regiões glúteas e podendo ocorrer autônoma (febre herpética) ou no decurso de moléstias infectuosas (herpes sintomático) ou ainda como um episódio no curso de certas eczemas infantis (herpes variceliforme). São discretos os fenômenos subjetivos (urência), salvo em certos casos (herpes nevrálgico uretral).
Existe tendência para separar como tipo à parte o herpes recidivante, caracterizado pela ocorrência fixa das recidivas.

HERPES CIRCINATUS (WILLAN):
v. DERMATOPHYTIA CIRCINATA.

HERPES CRÉTACÉ (Devergie):
v. ERYTHEMATODES.

HERPES GESTATIONIS (Milton) :
v. DERMATITIS HERPETIFORMES GESTATIONIS.

HERPES IRIS (Bateman):
v. ERYTHEMA MULTIFORME.

HERPESPYÆMICUS (Neumann):
v. PUSTULOSIS HERPETIFORMIS.

HERPES SIMPLES:
v. HERPES

HERPES TONSURANS MACULOSUS ET SQUAMOSUS (Hebra-Kaposi):
v. PITYRIASIS ROSEA.

HERPES VACCINIFORME (Fournier 1889):
v. ECTHYMA.

HERPES VEGETANS (Auspitz):
v. PUSTULOSIS HERPETIFORMIS.

HERPES ZOSTER:
v. ZONA.

HIDATIDOSE:
v. ECHINOCOCCOSIS CUTIS.

HIDRADENITE:
v. HIDRADENITIS.

HIDRADENITIS (HIDRADENITE)
Sin. — Hidrosadenite; Abcesso tuberoso da axila.
Def. — Inflamação sub-aguda das glândulas sudoríparas apócrinas, causada por estafilococos, e clìnicamente caracterizada por abcedação globulosa, por vezes múltipla, e neste caso com aspecto de infiltração difusa.

HIDRADENOME ÉRUPTIF (Darier-Jacquet):
v. NÆVUS SYRINGO-ADENOIDES CYSTICUM.

HIDROA BAZIN (pro-parte):
v. HIDROA VACINIFORMIA (Bazin, Rille emendavit).

HIDROA PRURIGO (proparte):
v. HIDROA VACINIFORMIA (Bazin, Rille emendavit).

HIDROA VACINIFORMIA
Sin. — Hidroa de Bazin (pro-parte); Hidroa prurigo (pro-parte), etc.
Def. — Doença rara, hereditária recessiva, aparecendo desde os primeiros anos da vida e provocada pela exposição à luz solar (actinodermia), repreduzindo-se por surtos, mais intensos e repetidos no verão, representada por bolhas de tamanho variável, às vezes purulentas ou hemorrágicas, localizadas nas zonas descobertas, as quais evoluem tornando-se umbelicadas e dessecando-se com formação de pequena necrose central. Os surtos eruptivos se acompanham de ardor, sensação de tensão e os elementos deixam após involução cicatrizes varioliformes, com aderência aos planos profundos, o que sôbre as cartilagens determina o aspecto "pinçado" em as asas do nariz, e a helix.

HIDROSADENITE:
v. HIDRADENITIS

HISTIOCYTOMA CUTIS (HISTIOCITOMA CUTANEO)
Def. — Tumores cutâneos com caracteres clínicos idênticos aos do Fibroma cutis. Em raros casos observam-se aspectos pseudobotriomicósicos, pediculados ou gigantes. São constituídos histològicamente de inúmeros histiócitos e raras fibras conjuntivas. É característica a capacidade de pexia: espontânea para lipídios (histiocitoma xantelasmizado) e pigmentos (histiocitomas negros e siderósicos), ou provocada por injeções de corante (Senear e Caro).
A transformação em fibroma é a regra.

HISTIOCYTOMATOSIS (Weber-Portugal):
Sin. — Cutaneous and Subcutaneous Nodules with Juxta-Articular Infiltrations and Rheumatoid Symptoms (F. Parkes Weber 1943).
— Histiocitomatose nodular gigantocitária generalizada (H. Portugal, F. Fialho, A. Miliano, 1944).
— Reticulo-histiocytoma of the skin (Caro-Senear 1952).
Def. — Rara síndrome clínica caracterizada por uma erupção de nódulos, tubérculos, placas de infiltração e lesões papulóides, mais ou menos abundantes e disseminadas ao nível da pele e bainhas tendinosas. São localizações às extremidades, os pontos extremos do corpo, assim o couro cabeludo, os pavilhões auriculares, os cotovelos. A evolução é crônica, ou mesmo tórpida, a erupção precedida por dores reumatóides, acaba por acompanhar-se de típica artrite reumatóide, e as lesões cutâneas podem sofrer involução espontânea, quasi sempre incompleta.
Histològicamente, encontram-se massas de células gigantes multinucleadas do tipo Touton, porém sem o aspecto espumoso das células xantomatosas, sendo em geral negativa a pesquisa de lípides teciduais, e em geral normal o teor sanguíneo de colesterol.

HISTOPLASMOSIS:
v. MYCOSIS DARLING.

HONEYCOMB ATROPHY (Savatard 1943):
v. NOEVUS ATROPHIANS VERMICULARE.

HYALINOSIS CUTIS ET MUCOSAE (Holtz-Schulze 1951):
v. PROTEINOSIS (Urbach-Wiethe).

HYALOMA (Lelois-Vidal):
v. DYSTROPHIA PSEUDO-COLLOIDES MILIARIS.

HYDROA GRAVIDARUM:
v. DERMATITIS HERPETIFORMIS GESTATIONS.

HYDROA HERPETIFORME (T. Fox):
v. DERMATITIS MULTIFORMIS (Duehering-Brocq).

HYDROA PUERORUM (Unna):
v. DERMATITIS MULTIFORMIS (Duehering-Brocq).

HYPERHIDROSIS (HIPERIDROSE)
Def. — Designa-se assim o excreção exagerada do suor, sintoma freqüente e mesmo banal ou síndrome. Nesse caso, trata-se quase sempre de hiperidrose localizada palmar e/ou plantar, não raro intensa e mesmo profusa, indicando em geral estados anciosos ou outras formas psico-neuróticas. Em certos casos acusa o suor cheiro intenso e repulsivo (bromidrose), o que se verifica de regra nas axilas, e nos pés. Não é rara a ocorrência de suor mais ou menos intensamente colorido (cromidrose) amarelado, esverdeado ou pardacento, depositando-se de mistura com sebum, mais acentuado em geral nas axilas. Relativamente rara é a excreção abundante de suor portador de certa quantidade de cloreto e ureia (uridrose), o que pode ver-se em certos casos de uremia, depositando-se sob forma cristalina.

HYPERKERATOSE FIGURÉE CENTRIFUGE ATROPHIANTE (Respighi-Duchey):
v. PARAKERATOSIS NOEVOIDES (Mibelli).

HIPERKERATOSIS NIGRICANS LINGUÆ:
v. GLOSSOKERATOSIS NIGRA VILLOSA.

HYPERTRICHOSIS (HIPERTRICOSE)
Def. — Designa-se com êsse nome "uma anomalia que consiste em uma hipergênese de pêlos, mais volumosos, mais abundantes e mais pigmentados do que o comportam a região atingida, a idade e o sexo do paciente" (Darier).

HYPONOMODERMA (Kaposi):
v. HELMINTHIASIS MIGRANS.
e tb. MIYASIS MIGRANS.

ICTHYOSIS ALBIROSEA (ICTIOSE NACARADA)
Def. — Ictiose vulgar na qual as escamas são nacaradas, com aspecto de malacacheta.

ICTHYOSIS FOLLICULARIS s. PILARIS:
v. KERATOSIS FOLLICULARIS.

ICTHYOSIS HYSTRIX (ICTIOSE HYSTRIX)
Def. — Ictiose vulgar na qual a pele se cobre de excrescências córneas e acuminadas, tomando grosseiramente a aparência do porco espinho (hystrix).

ICTHYOSIS NIGRICANS (ICTIOSE NIGRICANTE)
Def. — Ictiose vulgar caracterizada pela coloração escura, quase negra das escamas.

ICTHYOSIS SERPENTINA (ICTIOSE SERPENTINA)
Def. — Ictiose vulgar, na qual as escamas, aderentes, são largas e tomam conformação poligonal, assemelhando-se ao aspecto da pele das serpentes.

ICTHYOSIS VULGARIS (ICTIOSE VULGAR)

Def. — Malformação cutânea de caráter familiar, de regra hereditária dominante, aparecendo na infância, indefinidamente persistente e caracterizada por secura da pele, a qual se cobre de escamas sêcas, brancas, cinzentas ou pardacentas, que se destacam e se reproduzem incessantemente, tomando tais alterações disposição simétrica, e atingindo particularmente as zonas de extensão.

Descrevem-se, segundo o aspecto objetivo, as seguintes variedades clínicas: "ictiose xerodérmica", "ictiose nacarada", "ictiose nigricante", "ictiose serpentina" ,ictiose hystrix" e "sauriasis" (Vide verbetes respectivos).

ICTHYOSIS XERODERMICA (ICTIOSE XERODERMICA)

Def. — Ictiose vulgar na qual a pele se mostra sêca com descamação furfurácea.

IMPETIGO BOCKHART :

v. POROFOLICULITE.

IMPETIGO BULLOSA (IMPETIGO BOLHOSO)

Sin. — Staphylo (et Strepto ?)-dermia superficialis bullosa neonatorum et infantum.

Def. — Piodermite bolhosa e contagiosa própria dos recém-nascidos e causada por estafilocócos e talvez também por estreptococos. Pode acometer crianças de mais idade, associando-se por vezes então a outras formas de piodermite (penfigóide infantil pròpriamente dito de Jadassohn); pode também ser observada em adultos.

IMPETIGO BULLOSA SUB-CÓRNEA (IMPETIGO BOLHOSO SUB-CÓRNEO

Sin. — Panarício peri-ungueal; Peri-onixite supurativa.

Def. — Inframação supurativa superficial das extremidades digitais causadas pelos germes "banais" da supuração.

IMPETIGO CIRCINATA:

v. IMPETIGO ESTAPHYLOCOCCICO.

IMPETIGO CONTAGIOSA (pro-parte):

v. IMPETIGO.

IMPETIGO FOLLICULARES (Bockhardt):

v. POROFOLLICULITIS. (Sabouraud).

IMPETIGO HERPETIFORME (Hebra):

v. PUSTULOSIS HERPETIFORMIS.

IMPETIGO PARASITARIA (Kaposi):

v. IMPETIGO STAPHYLO, STREPTOGENES.

IMPETIGO RODENS (Gibert):

v. FOLLICULITIS NECROTISANS (SEBORRHOICORUM).

IMPETIGO STAPHYLOCOCCICA (IMPETIGO ESTAFILOCÓCICO)

Sin. — Staphylodermia superficialis vesiculosa; Impetigo contagioso ou vulgar (pró-parte).

Def. — Dermatose vesículo-bulo-pústulo-crostosa, contagiosa, de bolha persistente, crosta fina e tendência à circinação, produzida por estafilococos.

IMPETIGO STAPHYLOGENES (Unna):

v. POROFOLLICULITIS (Sabouraud).

IMPETIGO STREPTOCOCCICA (IMPÉTIGO ESTREPTOCÓCICO)

Sin. — Impetigo de Tilbury-Fox; Streptodermia superficialis visiculosa; Impetigo contagioso ou vulgar (pro-parte).

Def. — Dermatose vesículo-bulo-pústulo-crostosa, de bolha efêmera, crosta espêssa e sem tendência à circinação, contagiosa, produzida por estreptocosos.

IMPETIGO TILBURY-FOX:
v. IMPETIGO STREPTOCOCCICA.

IMPETIGO VULGARIS (Unna):
v. IMPETIGO STAPHYLO, STREPTOGENES.

INDURATIO CORPORA CAVERNOSA PENIS (Sepp 1886):
v. INDURATIO PENIS PLASTICA.

INDURATIO PENIS PLASTICA:
Sin. *— Contractura penis (Morgagni 1761)*
Dureté des corps caverneux (Peyronie-Peyrilhe 1786)
Chorda venerea chronica (Fritze 1790)
Induration des Corps Caverneux du pénis (Ricord 1847)
Noeuds des corps caverneux (Nélaton 1859)
Chronische umschriebene Entzuendug des corpus cavernosum penis (van Buren-Keyes 1874)
Induratio corpora cavernosa penis (Sepp 1886)
Induration plastique des corps caverneux (Delaborde 1887)
Sclerosis cavernosa (Fournier)
Fibroid sclerosis of the corpora cavernosa (Taylor)

Def. — (segundo Sachs e Callomon) — Afecção acentuadamente crônica, caracterizada por uma induração em placa de marcha insidiosa e progressiva que, sem estar ligada a nenhum estado patológico local, atinge inicialmente a albuginea ou o septo de ambos os corpos cavernosos, podendo ser palpada no dorso do pênis, exatamente ao longo da linha mediana, propagando-se secundàriamente aos corpos cavernosos que costuma envolver em anel rígido.

A idade mais atingida é a década entre 50 e 60 anos. Manifestações secundárias ocorrem tais como erecção imperfeita, e dolorosa ou apenas incômoda ("érection louche"), encurvamento do membro ("strabismus penis"), em certos casos calcinose e até ossificação da placa indurada, visíveis aos Raios X. Uma regressão espontânea pelo menos parcial pode ocorrer, minorando a situação.

A etiologia é obscura, em apreciável proporção de casos coexiste a retração palmar de Dupuytren.

V. também Syndroma Dupuytren.

INDURATIO TELAE CELLULARIS NEONATORUM (Henke-Baumgarten):
v. SCLEREMA NEONATORUM

INDURATION DES CORPS CAVERNEUX DU PENIS (Ricord 1847):
v. INDURATIO PENIS PLASTICA:

INDURATION PLASTIQUE DES CORPS CAVERNEUX (Delaborde 1887):
v. INDURATIO PENIS PLASTICA.

INFECTIVE MELANOTIC FRECKLES (Hutchinson):
1. MELANOSIS MALIGNA (Dúbreuil)

KELOID (QUELOIDE):

Def. — Tumorações cutâneas, compactas e duras, estritamente intradérmicas, de forma linear ou globulosa, cuja superfície lisa por vezes emite ex-

pausões em forma de pinças, não raro dolorosas, muitas vezes isoladas em certas áreas de eleição (região pre-esternal), ou simétricas (p. ex. os lóbulos das orelhas), outras vezes numerosas contando-se por dezenas e mais, nesse caso de dimensões às vezes enormes (Kelis genuina" — queloide espontânea).

Mais frequente são as formas secundárias ("Kelis spuria") sôbre cicatrizes de queimadura, de incisão cirúrgica, de processos inflamatórios, formas estas secundárias que, incidindo em certas pessoas ou raças (negros), vinculam-se às espontâneas ou primitivas, acusando um terreno peculiar.

Histologicamente, se trata de uma delicada trama colágena, túmida e edematosa, rica de fibroblastos jovens, e de numerosos mastócitos, destacando-se bem dos feixes colagêneos relativamente muito mais espessos.

A recidiva é frequente, e mesmo a regra no caso da ablação sangrenta.

KERATODERMA CLIMACTERICUM (CERATODERMA CLIMATÉRICO):

Sin. — Erythema keratodes of Palms and soles (Brooke 1891).

Def. — Afecção caracterizada por áreas de hiperqueratose das regiões palmar e plantar, surgindo nas bordas dessas regiões, sob forma de pequenos elementos arredondados ou ovais, com marcada tendência a confluir, acompanhando-se de eritema leve mas definido, constituindo-se placas de contôrno nítido, francamente circinado mas quase sempre limitadas às superfícies palmares e plantares, simètricamente.

Trata-se em geral de pacientes entre os 50 e 60 anos, não raro acusando a triade post-climatérica de Gram: hipertensão, adiposidade, artrite reumatóide (mais vêzes apenas dôres reumatóides).

A semelhança com a psoríase, e certas sífilides pode ser eminente.

KERATODERMA ICTHYOSIFORME CONGENITUM (CERATODERMIA ICTIOSIFORME CONGÊNITA)

Def. — Malformação congênita da pele, hereditária recessiva, ora grave e incompatível com a vida ("Ceratoma maligno difuso"), ora benigna (hiperceratose ictiosiforme generalizada). No primeiro caso, a pele é totalmente vermelha e distendida, coberta de largas escamas espessas e apresentando profundas fissuras, o que dá à criança aspecto monstruoso, além de tornar quase impossíveis os movimentos. No segundo caso, ha eritema difuso e intenso, cobrindo-se a pele de escamas largas, poligonais, pardacentas, muito aderentes, estendendo-se a dermatose à face, às regiões palmares e plantares e também às dobras de flexão, onde às vezes se vêm papilomas córneos, enegrecidos.

KERATODERMÆ PALMOPLANTARIS (CERATODERMIAS PALMO-PLANTARES)

Def. — Ceratoses localizadas nas regiões palmares e/ou plantares, as quais apresentam aspectos clínicos muito variáveis e podem ter caráter hereditário ou familiar, resultado de distúrbios endócrinos, de intoxicações, de infecções específicas, de ordem geral (sífilis, framboésia, gonorréia) ou apenas local (micoses), ou ainda representar manifestação de outras dermatoses como o eczema, o psoríase, o líquen.

KERATODERMA PALMOPLANTARE HEREDITARIUM (CERATODERMIA PALMO-PLANTAR HEREDITÁRIA)

Sin. — Moléstia de Meleda (pro-parte).

Def. — Síndrome caracterizada pelo espessamento notável da camada córnea ao nível das regiões palmares e plantares, pela natureza familiar, hereditária (precoce ou tardia) dessa manifestação, e por uma série de outros sinais segundo os quais se distinguem diversos tipos. Dentre êles, o mais comum é o tipo de Unna-Thost, congênito ou de início pouco mais tardio *antes* dos 2 anos, sempre acompanhado de hiperidrose e de um halo arroxeado ou azulado, que faz a volta das áreas ceratósicas, estas de regra limitadas às palmas e plantas (herança dominante) conquanto possam existir elementos para além daquelas áreas. Estes casos em que há "transgressão"

da regra fazem transição para o tipo de Hoverka-Ehlers ("moléstia de Meleda") em que as ceratoses são extensivas e progressivas, podendo invadir os antebraços e pernas, cotovelos e joelhos e bem assim as dobras poplíteias e antecubitais (herança recessiva). Enfim, no tipo de Brauer a ceratose não é difusa mas ocorre em áreas, como depressões poriformes ou crateriformes, dando aspecto de mapa lunar, e de onde se eliminam pequenos seqüestros córneos, início na 2.ª década da vida (herança dominante irregular).

KERATOLYSIS BULLOSA HEREDITARIA (Toeroek):
v. EPIDERMOLYSIS BULLOSA.

KERATOME MALIN CONGENITAL (Dubreuilh):
v. KERATODERMA ICTHYOSIFORME CONGENITUM.

KERATOMYCOSIS NIGRICANS PALMARIS:
v. KERATOPHYTIA NIGRA.

KERATOPHYTIÆ (CERATOFITOSES)

Def. — Expressão a reservar para as micoses superficiais cujos agentes etiológicos são fungos que se comportam quase como saprofitas, multiplicando-se ora nas camadas mais superficiais da epiderme, ora em tôrno ou sob a cuticula dos pêlos, quase sem repercussão inflamatória, e incapazes de determinar alergização (v. os verbetes Erythrasma, Pityriasis versicolor, e Keratophytia nigra). Inclui também certas fanerofitoses: Piedra, e Trichomycosis vulgaris (v. estes verbetes).

KERATOPHYTIA IMBRICATA

Sin. — Tinea imbricata; Tokelau; Chimberê.

Def. — Ceratofitose pruriginosa, observada entre as indígenas da Polinésia (Arquipélago de Tokelau), que se caracteriza por grandes placas de contôrno policíclico, recobertas de escamas, cujo bordo externo é fixo e livre o interno, as quais se dispõem em círculos concêntricos ou rosetas. Esta ceratofitose é causada por cogumelos do gênero Tricophyton. Entre indígenas brasileiros de Mato Grosso foi descrita dermatose semelhante, senão idêntica, conhecida pela denominação de "Chimberê" (Fonseca — 1925).

KERATOPHYTIA NIGRA (CERATOFITOSE NEGRA)

Sin. — Tinha negra; Epidermomicose palmar negra; Microscoporosis nigra (Castellani); Keratomycosis nigricans palmaris.

Def. — Ceratofitose causada por cogumelos pertencentes a vários gêneros e espécies (Cladosporium mansoni, C. wernecki, C. rietmanni, C. tropicalis ou Dematium pullulans, ou ainda espécies vizinhas), e que se pode representar por manchas negras ligeiramente elevadas e escamosas, pruriginosas ou não e localizadas no pescoço e partes altas do tórax, como se observa entre os nativos da Índia, Ceilão, Java, Malaca, etc. ou então, como em casos observados no Brasil, por ceratodermia palmar, pontuada ou em placas de tamanho variável, de contôrno nítido, com bordos planos ou ligeiramente elevados, de côr parda ou negra, ásperas ao toque.

KERATOSIS ARTHRO-PHALANGIORUM (CERATOSE ARTRO-FALANGIANA):

Sin. — *Unusual form of nodule upon the joints of the fingers (Garrod 1893)*
Pads on the finger joints (White 1907)
Knuckle-pads (Jones 1923)
Keratosis supra-capitularis (Moncorps 1936)
Fingerknoechelpolster (Kratz 1938)
Coussinets des phalanges
Tylositas articuli (Carol et als 1947).

Def. — *Afecção relativamente frequente, provàvelmente parte da Síndrome de Dupuytren, caracterizada por formações ou "coxins" fibro-querató-*

sicos ao nível das juntas inter-falangianas dos dedos (em geral as primeiras) face dorsal, quase sempre simètricamente, exceção dos polegares.
Vêr também em Syndroma Dupuytren.

KERATOSIS BLENORRHAGICA (Vidal):
v. SYNDROMA REITER.

KERATOSIS FOLLICULARIS (J. C. White 1889):
v. Morbus Darier.

KERATOSIS FOLLICULARIS (CERATOSES FOLICULARES)
Def. — Lesões constituídas de pápulas acuminadas, localizadas na abertura dos folículos pilosos, providas de um tampão córneo às vezes prolongado por uma espícula filiforme (espinulosismo). Tais lesões são, de regra, numerosas e confluentes, formando placas mais ou menos circunscritas, sêcas e ásperas ao toque, e resultam de uma hipertrofia da camada córnea que circunda os óstios foliculares, hipertrofia essa que se acompanha ou não de alterações das outras camadas da epiderme e mesmo do corpo papilar.

KERATOSIS NIGRICANS (Kaposi):
v. ACANTHOSIS NIGRICANS.

KERATOSIS PIGMENTOSA (Crocker 1888):
v. NAEVUS SENILIS.

KERATOSIS RUBRA CONGENITA (Rille):
v. KERATODÈRMIA ICTIOSIFORMIS CONGENITA.

KERATOSIS SENILIS (CERATOSE SENIL)
Sin. — Seborréia concreta.
Def. — Lesões de aspecto verrucoso, observadas sobretudo na face — nariz, fronte, têmpora, menos vezes no dorso das mãos das pessoas de mais de cinqüenta anos, em geral múltiplas, que se iniciam por manchas pardacentas, tornando-se depois elevadas, rugosas e recobertas de um inducto ceratósico acinzentado ou castanho, cuja retirada provoca geralmente ligeira hemorragia. A ceratose senil constitui uma das lesões ditas pré-cancerosas, si bem que na maior parte dos casos permaneça indefinidamente sem que sofra degeneração blastomatosa.

KERATOSIS SUPRA-CAPITULARIS (Moncorps 1936):
v. KERATOSIS ARTRO-PHALANGIORUM.

KERION DERMATOPHYTICUS (Quério dermatofítico)
Def. — Dermatofitose profunda inflamatória aguda caracterizada por fócos de foliculite agminada e supurativa do couro cabeludo. Marcha cíclica e característica involução espontânea. Forma primária, porém hiperérgica. É quase sempre causada por tricófitos, mais raramente por micrósporos e até acórios.

KNUCKLE-PADS (Jones 1923):
v. KERATOSIS ARTHRO-PHALANGIORUM.

KOILONYCHIA (Coiloniquia):
Sin. — Spoon-nails (autores de língua inglêsa).
Def. — Lâmina ungueal excavada em forma de colher.
Ver também Syndroma Plummer-Vinson.

KRAUROSIS (CRAUROSE)
Def. — Síndrome relacionada à menopausa caracterizada pela transformação esclero-atrófica progressiva, acompanhada de retração, dos tegumen

tos cutâneo-mucosos da vulva. Por extensão, a mesma designação foi aplicada à balanopostite esclero-atrófica (kraurosis penis).

LADRARIA:
v. CYSTICERCOSIS CUTIS.

LARVA MIGRANS:
v. HELMINTHIASIS MIGRANS.
e tb MYIASIS MIGRANS.

LEISHMANIOSIS TEGUMENTARIS (LEISHMANIOSE TEGUMENTAR)
Def. — Moléstia infectuosa transmissível, da qual se conhecem o tipo cutâneo ou oriental (Botão do Oriente, Uta no Perú, Úlcera de los chicleros no México), e o tipo cutâneo-mucoso ou americano (Úlcera de Baurú, Espundia no Perú), ambos determinados por tripanosomídeos do gênero Leishmania. A transmissão é feita por dípteros hematófagos do gênero Phlebotomus.

LEONTIASIS (LEONTIASE)
Sin. — Facies leonina.
Def. — Síndrome objetiva caracterizada pelo extensivo comprometimento da face, ocorrendo em certos processos granulomatosos tórpidos, e resultando na infiltração e progressiva deformação dos sulcos naturais da mímica facial, especialmente na fronte ao nível dos supercílios, bochechas, sulcos nasogenianos e mento — pode observar-se na lepra, na leucose linfocitária, nas granulomatoses malignas.

LEPOTHORIX (Wilson):
v. TRICHOMYCOSIS VULGARIS.

LEPOTHRIX (Wilson):
Sin. — Mal de Hansen; Leprose; Elefantíase dos gregos.
Def. — Moléstia infecto-contagiosa crônica produzida pelo Mycobacterium lepræ (A. Hansen, 1874), caracterizada por manifestações cutâneas, nervosas, freqüentemente de outros órgãos, distinguindo-se (Havana, 1948) dois tipos principais em oposição ("polares"), e um grupo indeterminado.

LEPRA — Aggregatum Bivalens (LEPRA — Grupo Bivalente — B):
Def. — Resistência precária à presença, multiplicação e disseminação dos bacilos, baciloscopia de regra positiva com tendência a formar globias; manifestações clínicas peculiares tais como lesões reativas sujeitas a involução sem cicatriz, de mistura com outras que persistem acusando tom ferruginoso ou sépia, e fenômenos gerais (estado séptico, febre, cefaléia, astenia, edemas articulares, etc.); reação à lepromina ab initio e persistentemente negativa; estrutura granulomatosa ambígua ou combinadamente tuberculóide e lepromatosa na mesma lesão, ou em áreas diferentes.
Estes casos provêm de regra de formas tuberculóides reacionais típicas que entram em recidiva. Evoluem na grande maioria das vêzes para o tipo lepromatoso.

LEPRA — Aggregatum indeterminatum (LEPRA — Grupo Indeterminado — I)
Sin. — Indiferenciado; Incaracterístico.
Def. — Resistência variável, manifestações clínicas predominantemente na pele (manchas lisas hipocrômicas, eritêmato-hipocrômicas ou eritematosas) e nos nervos periféricos; baciloscopia em geral negativa ou com bacilos escassos; lepromino-reação negativa ou moderadamente positiva; histològicamente as lesões têm estrutura inflamatória simples; estabilidade muito menor de caracteres que a de qualquer dos tipos (polares); e tendência variável quanto à persistência, progressão, regressão ou transformação em algum dos tipos polares.
São casos habitualmente "não infectantes".
(5.º Congresso Internacional de Lepra, Havana, 1948).

LEPRA — Typus lepromatosus (LEPRA — Tipo lepromatoso (L).

Def. — Resistência mínima à presença, multiplicação e disseminação dos bacilos; presença constante de um grande número de bacilos nas lesões com tendência marcada para formar globia; manifestações clínicas peculiares na pele e mucosas (especialmente em as vias respiratórias superiores), olhos, nervos periféricos e outros órgãos; negatividade habitual da lepromino-reação; estrutura granulomatosa patognóstica. Quanto à evolução: marcada estabilidade de tipo, e tendência ao agravamento progressivo.

São os casos "infectantes" ou "abertos".

(5.º Congresso Internacional de Lepra, Havana, 1948).

LEPRA — Typus tuberculoidis (LEPRA — Tipo tuberculoide (T).

Def. — Alto grau de resistência à presença, multiplicação e disseminação dos bacilos; baciloscopia geralmente negativa ou presença de escassos bacilos, exceto nos estados reacionais quando podem ser abundantes; manifestações clínicas peculiares predominantes na pele e nervos periféricos, com tendência à limitação na extensão e a variar segundo a reatividade tecidual; positividade da lepromino-reação em alta percentagem de casos; estrutura granulomatosa tuberculoide pràticamente constante nas lesões ativas, marcada estabilidade de tipo e forte tendência à regressão espontânea à falta de reações repetidas.

São casos habitualmente "não infectantes" ou "fechados".

(5.º Congresso Internacional de Lepra, Havana, 1948).

LEUCEMIÆ LIMPHOIDES MYELOIDE MONOCYTICA:
v. LEUCOSES (LINFOCITARIA, MIELOCITARIA, MONOCITARIA).

LEUCEMIAS:
v. LEUCOSIS.

LEUCODERMA ACQUISITUM CENTRIFUGUM (Sutton):
v. ACROMIA CENTRIFUGA.

LEUCOKERATOSIS (LEUCOCERATOSE)

Sin. — Leucoplasia; Leucoplaquia; Placa dos fumantes, etc.

Def. — Afecção das mucosas e semi-mucosas da bôca (língua, bochechas, lábios, gengivas) e órgãos genitais, (vulva, colo do útero, glande), representada por placas brancacentas, bem delimitadas, despolidas, as quais são de início planas e lisas, podendo assim permanecer indefinidamente ou tornar-se com o tempo ásperas, rugosas ou mesmo verrucosas. Tais formações podem ser o ponto de partida de epiteliomas, o que se verifica mais vezes nas formas verrucosas, anunciando-se a transformação por ulceração de aspecto vegetante ou pelo aparecimento de fissuras mais ou menos profundas, que sangram com facilidade.

LEUCONYCHIA (LEUCONIQUIA)

Def. — Pontos brancos, estrias brancas ou embranquecimento total da unha.

LEUCOPLASIA:
v. LEUCOKERATOSIS.

LEUCOSIS (LEUCOSES — linfocitária, mielocitária, monocitária)

Sin. — Leucemias linfoide, mieloide, monocítica.

Def. — Síndromes leucemicas ou aleucêmicas caracterizadas por erupções papulosas, e túbero-nodulares, de coloração rósea, arroxeada, vinhosa ou acastanhada, ora isoladas ora agrupadas ou mesmo fundidas em placas de contôrno nítido ou difuso, eventualmente ulceradas em maior ou menor

extensão. São mais freqüentemente observadas as formas linfocitárias, com a sua característica cronicidade, em especial as leucêmicas, menos vezes as aleucêmicas, sendo peculiar a invasão da face sob forma de "leontíase", das mucosas da bôca e do nariz, além da característica adenomegalia dos gânglios linfáticos do segmento cefálico e de outros setores. As formas mielocitárias, de regra agudas ou sub-agudas, distribuem as suas lesões principalmente no tronco e nas extremidades, ocorre maior tendência para a ulceração, em certos casos tumorações solitárias lembrando a goma sifilítica; adeno — e esplenomegalia, o priapismo e outros sinais comuns nessa forma podem ser observados. As formas monocitárias das mais raras, leucêmicas ou aleucêmicas, podem ser agudas, sub-agudas e crônicas acusam uma tendência para a sistematização com lesões na pele, mucosas, baço, fígado, gânglios linfáticos e medula óssea, evoluem quase sempre com temperatura e pronunciada anemia.

LEVEDURIDIS:
v. MYCIDIS.

LEVEDUROSIS (LEVEDUROSE)
Def. — Afecções tegumentares não granulomatosas, causadas por leveduras ou lêvedos patogênicos compreendendo:

Erosio blastomycetica
Moniliase
Erythema mycoticum infantile
Micose dos banhos permanentes.

LICHEN (LIQUEN)
Sin. — Liquen plano (Wilson, 1868); Lichen ruber (Hebra, pro-parte).
Def. — Dermatose clìnicamente bem definida pelo elemento eruptivo que lhe é peculiar — pápula achatada às vezes ligeiramente umbelicada, brilhante, de coloração róseo-azulada, em cuja superfície se podem ver estrias hederiformes, lactescentes, mais fàcilmente evidenciadas quando se espalha sôbre a pele um pouco de óleo de anilina. Essas pápulas podem se apresentar excepcionalmente acuminadas ou mesmo verrucosas. Os elementos característicos têm tendência a confluir e, comprimidos uns de encontro aos outros, tomam forma poligonal, dispõem-se em mosaico, formando-se placas mais ou menos extensas, em geral finamente escamosas, na superfície das quais são mais fàcilmente visíveis as estrias brancacentas. São localizações habituais a face anterior dos antebraços e punhos, membros inferiores, genitália externa, mucosa de bôca onde a erupção se representa apenas por estrias brancas com disposição dendrítica, e da língua, onde se formam placas esbranquiçadas, opalinas. No dorso das mãos, prepúcio e glande são freqüentes as formas circinadas ou anulares, de centro pigmentado. Essas lesões se acompanham de prurido mais ou menos intenso, podendo porém, faltar, por completo êsse sintoma subjetivo. A evolução da erupção é sub-aguda ou mesmo crônica; a cura clínica pode ser entrecortada de recidivas, e é sempre característica a involução com mancha pigmentada residual. O quadro histológico é dos mais característicos e tem decisivo valor diagnóstico.

LICHEN ALBUS (Zumbusch):
v. SCLEROLICHEN ATROPHIANS.

LICHEN AMYLOIDOSUS:
v. AMYLOIDOSIS.

LICHEN ANNULARIS (Galloway):
v. GRANULOMA ANNULARE.

LICHEN CORNEUS HYPERTHOPHICUS:
v. LICHENIFICATIO VERRUCOSA.

LICHEN DIABETICUS S. GLYCOSURICUS (Crocker):
v. XANTHOMA DIABETICORUM.

LICHEN KELOIDIFORMIS (Pawlow):
v. SCLEROLICHEN ATROPHIANS.

LICHEN MORPHOEICUS (Stowers, Crocker):
v. SCLEROLICHEN ATROPHIANS.

LICHEN MYXOEDEMATOSUS (Kreibich):
v. Mucinosis cutis.

LICHEN NITIDUS (Arndt):
v. LICHEN.

LICHEN OBTUSUS:

v. LICHENIFICATIO OBTUSA
e tb. Lichen.

LICHEN OBTUSUS CORNEUS:
v. LICHENIFICATIO MACROPAPULOSA.

LICHEN PILAIRE DES STRUMEUX (Besnier):
v. TUBERCULID LICHENOIDES.

LICHEN PLANUS (Wilson):
v. LICHEN.

LICHEN (planus) SCLEROSUS:
v. SCLEROLICHEN ATROPHIANS.

LICHEN RUBER ACUMINATUS (Kaposi):
v. PITYRIASIS RUBRA PILARIS
e tb. LICHEN.

LICHEN RUBER MONILIFORMIS (Kaposi 1886 pro parte):

v. Mucinosis cutis
e tb. Amyloidosis cutis.

LICHEN RUBER MONILIFORMIS (Kaposi-Wise-Rein):
v. PSEUDO-LICHEN MONILIFORMIS.

LICHEN (ruber) OBTUSUS:
v. LICHENIFICATIO OBTUSA
e tb. LICHEN

LICHEN RUBER PLANUS (Kaposi):
v. LICHEN.

LICHEN (ruber) VERRUCOSUS:
v. LICHENIFICATIO VERRUCOSA
e tb. LICHEN

LICHEN SCROPHULOSORUM (Hebra):
v. TUBERCULID LICHENOIDES.

LICHEN SIMPLEX CHRONICUS (Vidal):
v. LICHENIFICATIO VULGARIS.

LICHEN SPINULOSUS (Adamson 1905):
v. KERATOSIS FOLLICULARIS (SPINULOSA).

LICHEN STRIATUS:
v. LICHEN.

LICHEN STROPHULUS (Willan):
v. PRURIGO-STROPHULUS.

LICHEN URTICATUS (Bateman):
v. PRURIGO-STROPHULUS.

LICHEN VARIEGATUS (Crocker):
v. PARAPSORIASE
e tb. MORBUS BROCQ.

LICHEN VIDAL DISSEMINATUS:
v. LICHENIFICATIO VULGARIS
e tb. ECZEMA PRURIGO BESNIER.

LICHENIFICATIO GIGANTEA:
v. LICHENIFICATIO HYPERTHOPHICA.

LICHENIFICATIO HYPERTHOPHICA (LIQUENIFICAÇAO HIPERTROFICA)
Sin. — Liquenificação gigante.
Def. — Pruridermia caracterizada por placas salientes vegetantes, tendo como localização eletiva as dobras gênito-crurais e inguinais, atingindo no homem o escroto, na mulher os grandes lábios. Trata-se quase sempre de pacientes idosos, mais freqüentemente o homem.

LICHENIFICATIO MACRO-PAPULOSA (LIQUENIFICAÇAO MACRO-PAPULOSA)
Sin. — Líquen obtuso córneo, Lailler-Brocq; Urticária perstans papulosa s. verrucosa, Fabry; Prurigo nodular, Hyde; Liquenificação nodular, Pautrier.
Def. — Pruridermia caracterizada por uma erupção disseminada de grandes pápulas, hemisféricas, arredondadas, córneas, bem separadas umas das outras, a superfície rugosa, escura, coberta de escamas e aqui e ali escoriada e então revestida de crostas sangüinolentas. Entre as lesões pode existir um certo grau de liquenificação difusa. As mulheres são elegidas na proporção de 9:1.

LICHENIFICATIO NODULARIS:
v. LICHENIFICATIO MACRO-PAPULOSA.

LICHENIFICATIO OBTUSA (LIQUENIFICAÇAO OBTUSA)
Sin. — Liquen obtuso (pro-parte).
Def. — Pruridermia caracterizada por pápulas relativamente grandes, róseo-cinza ou da côr da pele, em geral agrupadas e confluentes, muito comuns ao nível da crista da tíbia; em alguns casos a superfície recoberta de um induto córneo aproxima esta forma da liquenificação verrucosa, ao passo que o tamanho da eflorescência faz lembrar a liquenificação de grandes pápulas.

LICHENIFICATIO VERRUCOSA (LIQUENIFICAÇAO VERRUCOSA)
Sin. — Líquen córneo hipertrófico; Líquen córneo verrucoso; Líquen plano verrucoso (pro-parte).
Def. — Pruridermia caracterizada por placas elevadas mais ou menos extensas mercê da confluência de elementos menores, localizadas quase sempre nas faces anteriores das pernas. A superfície dessas placas é verru-

cosa, com aspecto alveolar, lembrando colméia de abelhas, e é coberta de escamas muito sêcas, ou de verdadeiras massas córneas acinzentadas ou pardacentas.

LICHENIFICATIO VULGARIS CIRCUMSCRIPTA (LIQUENIFICAÇÃO VULGAR CIRCUNSCRITA)

Sin. — Prurigo circunscrito com liquenificação (Darier); Prurigo simplex chronicus circumscriptus: Líquen simplex crônico (Vidal); Líquen de Vidal.

Def. — Pruridermia fixa, limitada e persistente, caracterizada pela formação de placas ou áreas de espessamento da epiderme, cuja superfície se mostra sêca, rugosa e pigmentada e é percorrida por sulcaturas lineares que se cruzam limitando pequenas áreas retangulares ou losângicas mais ou menos salientes, cobertas de escamas finas e brilhantes muito aderentes. As vezes essas placas parecem constituídas de numerosas pápulas planas confluentes, apertadas umas contra as outras à maneira de um mozaico, e não raro se mostram escoriadas .

LICHENIFICATIO VULGARIS DIFUSA (LIQUENIFICAÇÃO VULGAR DIFUSA)

Def. — Pruridermia intensa, persistente e generalizada, mais vezes marcadamente simétrica e localizada preferencialmente nas zonas de extensão dos membros e no tronco, tornando-se a pele, em seguida à manifestação subjetiva, às vezes ràpidamente espessada, sêca, rugosa, de côr róseo-acinzentada ou pardacenta, marcada por fino quadriculado, que lhe confere aspecto granuloso pela formação de numerosas pequenas pápulas achatadas e brilhantes.

LINEA MIGRANS:
v. HELMINTHIASIS MIGRANS
e tb. MYIASIS MIGRANS.

LINFOGRANULOMATOSE INGUINAL SUB-AGUDA:
v. LYMPHOGRANULOMATOSIS VENEREA.

LINFOPATIA VENEREA:
v. LYMPHOGRANULOMATOSIS VENEREA.

LINGUA GEOGRAPHICA:
v. GLOSSITE EXFOLIATIVA GEOGRAPHICA.

LINGUA NIGRA:
v. GLOSSOKERATOSIS VILLOSA NIGRA.

LINGUA NIGRA VILLOSA SIVE PILOSA:
v. GLOSSOKERATOSIS VILLOSA NIGRA.

LINGUA PLICATA:
v. GLOSSODYSPLASIA SCROTALIFORMIS.

LINGUA SCROTALIS:
v. GLOSSODYSPLASIA SCROTALIFORMIS.

LIODERMIA ESSENTIALIS CUM MELANOSI ET TELEANGIECTASIA (Neisser):
v. XERODERMA PIGMENTOSUM.

LIPOMA CUTIS (LIPOMA CUTANEO)

Def. — Tumores subcutâneos múltiplos, do tamanho de uma noz ou maiores, lobulados, de consistência pastosa e, geralmente, simétricos. Têm a estrutura do tecido adiposo normal.

LIPOMATOSIS (LIPOMATOSE):

Def. (segundo H. Guenther 1920): — Condição mórbida caracterizada pelo excesso acumulado, de gordura limitado a determinadas partes do corpo e cujoc aspectos gerais são a simetria, as variações dimidiais e metamérica, podendo distinguir-se tipos cervical, membral, abdominal, coxal (trocantérico, pugal).

Na lipomatose simples (a grande maioria dos casos) predominam os tipos cervical e membral, o sexo masculino mais atingido na razão de 3 a 4:1, sobretudo na 4.ª década da vida, freqüentemente é presente o caráter familiário. A marcha do processo é lenta e contínua, às vezes por surtos sujeitos a estacionamento demorado, e mesmo remissão espontânea mais ou menos completa. As massas lipomatosas, dentre as quais às vezes uma é maior, são ovóides, lobadas, sempre subcutâneas, a consistência mole, pseudo-flutuante, a superfície percorrida por flebectasias não raro importantes.

Sob o nome de lipomatose dolorosa devem ser reunidos os casos em os quais existe como sintoma constante e predominante dôr espontânea e provocada. Nesta forma, a assimetria é frequente, a topografia é principalmente tóraco-membral, o sexo feminino 4:1, muitas vezes após a menopausa. Estados mórbidos associados podem ser hemorragias, parestesias, pigmentações cutâneas, dôres ao longo dos troncos nervosos.

LIVEDO SIMÉTRICA PLANTARUM (LIVEDO SIMÉTRICO PLANTAR):

Sin. — Symmetric lividities of the soles (Pernet 1925).

Def. — Afecção própria de indivíduos jovens e robustos, nos quais surge abruptamente, com o aspecto de áreas eritêmato-cianóticas, invariàvelmente simétricas, levemente túmidas, acompanhadas de parestesias, nitidamente demarcadas conquanto podendo desbordar as regiões plantares. Hiperidrose e bromidrose são constantes, o que empresta às superfícies plantares aparência de pele macerada, discretamente keratósica.

Conviria apontar — o que até agora não foi feito, o arsenicismo endêmico para explicação desta curiosa síndrome.

LOCALIZED PRETIBIAL MYXOEDEMA (Trotter-Eden 1942):

v. Mucinosis cutis.

LUES:
v. SYPHILIS.

LUPOIDE MILIAR:
v. TUBERCULID MICRO-PAPULOIDES.

LUPUS DE CAZENAVE:
v. ERYTHEMATODES.

LUPUS ERYTHEMATOSUS:
v. ERYTHEMATODES.

LUPUS FOLLICULARIS DISSEMINATUS (T. Fox.):
v. TUBERCULID MICRO-PAPULOIDES.

LUPUS PERNIO BESNIER:
v. SARCOIDOSIS BOECK-SCHAUMANN.

LUPUS SCLEROSUS (Leloir 1882):
v. TUBERCULOSIS VERRUCOSA.

LUPUS TUBERCULOSUM:
v. LUPUS VULGARIS.

LUPUS VERRUCOSUS (McCall Anderson 1877):
v. TUBERCULOSIS VERRUCOSA.

LUPUS VULGARIS (LUPUS VULGAR)

Sin. — Lupus tuberculoso.

Def. — Tuberculose caracterizada por placas isoladas, de lenta extensão em superfície, em certos casos bastante disseminadas, ao nível das quais

nos casos típicos se observa o "lupoma", isto é, pequenos tubérculos moles, translúcidos, que à vitropressão assumem o clássico aspecto "geléia de maçã". Existem formas ulcerosas que podem levar a grandes mutilações (Lupus vorax. No material brasileiro são freqüentes as formas vegetantes em as quais raramente se encontram os lupomas. A localização eletiva é a face. Observa-se em muitos casos lesões de vizinhança, tais como adenite cervical e queratite flictenular. E' característica a viva sensibilidade dos casos de lupus à tuberculina.

LYMPHADENOSIS BENIGNA CUTIS (Baefversted 1943):
v. LYMPHOCYTOMA BENIGNUM CUTIS.

LYMPHANGIECTODES:
v. LYMPHANGIOMA.

LYMPHANGIOMA (LINFANGIOMA)
Sin. — Lymphangiectodes (T. e C. Fox, 1879).
Def. — Formações congênitas precoces, ou mais tardias, constituídas pela aglomeração de varises linfáticas que, com o aspecto de pseudo-vesículas globulosas, têm o teto ora translúcido e fino, ora mais espêsso e verrucoso.

LYMPHOBLASTOMA (autores norte-americanos):
v. GRANULOMATOSIS MALIGNAE.

LYMPHOCYTOMA BENIGNUM CUTIS (LINFOCITOMA CUTANEO BENIGNO)
Sin. — Granuloma linfadenóide benigno (Miescher) 1937.
Def. — Pequenos tumores papulóides hemisféricos de superfície lisa, côr avermelhada e consistência mole, localizados habitualmente na face. Caracterizam-se histològicamente por grande proliferação de linfócitos típicos, contidos num estroma de fibras reticulares; formam-se, por vezes, genuínos centros germinativos (nódulos de linfoblastos). Não há alteração dos leucócitos do sangue.

LYMPHOGRANULOMATOSE MALIGNA (Paltauf-Sternberg):
v. GRANULOMATOSIS MALIGNA ADENOMEGALICA.

LYMPHOGRANULOMATOSIS VENEREA (LINFOGRANULOMATOSE VENÉREA):
Sin. — Disease of the lymphatic glands of the groin attended with peculiar symptoms (Colles 1818)
Esthiomène vulvaire (Hughier 1848)
Bubão estrumoso (Léjars)
Bubão climático (Scheube 1906)
Adénite sub-aigüe à foyers purulents intra-ganglionaires (Nélaton)
Ulcus vulcae chronicum elephantiacum (Koch 1896)
Poradénolymphite suppurée (Ravaut)
Lymphogranuloma inguinale (autores nórdicos e alemães)
Lymphopathia venerea (Sulzberger)

Def. — Moléstia infecto-contagiosa específica devida a um vírus figurado, quase sempre venérea, caracterizada por uma síndrome ganglionar sobretudo inguinal, precoce, em geral no homem, e por uma síndrome gênito-retal tardia, em geral na mulher. O aspecto "estrumoso" do bubão inguinal (em raros casos extra-genital), a eclosão de um "cancro" na área de invasão (surgindo às vêzes depois do bubão), o edema colateral bem visível na coxa (Chavannes-May) são caracteres da síndrome ganglionar. A úlcera vulvar crônica ("estiomene"), a elefância vulvar (ou peno-escrotal), a retite estenosante constituem a síndrome gênito-retal. Lesões específicas (gomas cutâneas) e alérgicas ou patérgicas (reumatóide, eritemas polimorfo, nodoso) completam o quadro.

Boletim da
Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

Sessão de 25 de março de 1953

Presidente: Dr. E. Drolhe da Costa
Secretário: Dr. Romeu V. Jacinto

Havendo número legal, foi aberta a sessão pelo Sr. Presidente, o qual usou da palavra para agradecer a escolha do seu nome para presidir a Sociedade, dizendo:

"Antes de darmos início aos nossos trabalhos, desejo proferir algumas palavras, sem pretensão a discurso e de agradecimento a todos que me honraram com a designação do meu nome para presidente desta Sociedade.

A Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, fundada há quase meio século, tem sido presidida por mestres, professôres e docentes de nossa Faculdade, que souberam tão bem prestigiá-la com tais títulos, elevando-a à categoria das melhores do país. Desta vez, ela será presidida por um assistente de ensino.

Quero crer que o critério adotado terá sido o da antiguidade. Enfim, prometo trabalhar com ardor nesta presidência, pedindo a colaboração dos colegas, quer na apresentação de trabalhos, quer na discussão dos mesmos, pedindo a Deus que me dê luzes para que possa ser um presidente de valor, digno e na altura dos meus ilustres antecessores".

EXPEDIENTE:

Por proposta da Secção do Paraná, em cuja capital terá lugar a X Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, foram aceitas pelo plenário as datas de 6 a 10 de dezembro para a realização do aludido certame.

As datas de 14 a 19 de setembro, inicialmente estabelecidas, foram alteradas, conforme explicou o Dr. Demétrio Periassú, visando evitar a coincidência com o Congresso de Dermatologia, a se realizar em Madrid. Esta medida facilitará aos médicos interessados o comparecimento aos dois conclaves.

PROPOSTAS DE SÓCIOS:

São propostos, para sócios efetivos, os Drs. Elias Azulay, Adolfo Guzmán Vivas Arellano, José Rabinowits e Rui Soares, os três primeiros do Distrito Fe-e, o último, de São Paulo. Submetidas ao plenário, foram aprovadas tôdas essas propostas, que estavam assinadas por membros da diretoria.

ORDEM DO DIA:

PÊNFIGO CICATRICIAL COM LESÕES CUTÂNEAS (1.º caso) —
Prof. F. E. RABELO e Dra. CECI MASCARENHAS DE MEDEIROS
Esta comunicação será oportunamente publicada, na íntegra.

DISCUSSÃO:

Prof. F. E. Rabelo — Recorda uma passagem do trabalho de 1948 sôbre as buloses e propõe que se retifique a posição do pênfigo cicatricial. Êste se aproximaria não do pênfigo vulgar, e sim do grupo das epidermolises e da dermatite de Duehring. Refere o interêsse dêste caso com lesões cutâneas e distantes da área eletiva, com alguma hiperidrose palmar e imagem histológica lembrando a dermatite de Duehring e certos casos de epidermolise bolhosa (distrófica). No mesmo sentido, conviria em definitivo ficar com a expressão "pênfigo cicatricial" e não apenas "conjuntival".

Prof. J. Ramos e Silva — Faz projetar os diapositivos referentes a dois casos de pênfigo da conjuntiva com suas lesões típicas de erosões seguidas de cicatrizes, sinequias, retração e cegueira, um com máculas cicatriciais nas regiões pre-esternal e inter-escapular, sugerindo o diagnóstico de pênfigo sul-americano, e o outro acompanhado das manifestações clássicas do pênfigo vegetante. Assinala, então, a possibilidade de coincidir o pênfigo conjuntival com os diversos tipos do grupo pênfigo.

Prof. H. Portugal — Está de acôrdo com o Prof. Rabelo na afirmação da afinidade do *P. Cicatrizans* e a epidermolise bolhosa. Em caso apresentado à Sociedade, no ano passado, mostrou, num caso, a existência de bôlhas nas pernas, deixando cicatrizes esclero-atróficas persistentes. A histologia era de bôlha sub-epidérmica.

NODOSIDADES JUXTA-ARTICULARES, BURSITES, CERATODERMIA PALMO-PLANTAR EM PACIENTE COM HISTÓRIA DE FRAMBOÉSIA — Dr. H. O. CUNHA

DISCUSSÃO:

Dr. A. Tavares de Melo — Salienta o interêsse de elucidar definitivamente a posição das nodosidades no quadro etiológico das treponematoses; a possível interferência regional de outras entidades clínicas contribuindo para a delimitação do quadro nodular juxta-articular; a elucidação por meio de inquéritos epidemiológicos sob base científica; contrôle pela serologia titulada (com cardiolipina) e pelo teste de Nelson com antígenos sifilítico e pertênico. Quanto à etiologia traumática temos a considerar que em todos os continentes estão sujeitos às mesmas agressões físicas, o que poderia contribuir para um maior percentual de casos quando na realidade êle é baixo. Por fim, como doença reumatisante, a framboésia poderia ser uma das causas etiológicas mais viáveis da nodulose de Lutz-Jeanselme.

Prof. H. Portugal — Pergunta se no caso a bouba é indubitável. Acha que a frequência das N.J.A. na bouba varia de acôrdo com as diferentes regiões geográficas, em função de fatores secundários, entre os quais o traumatismo. Max Jessner demonstrou nos cortes histológicos a existência de diminutos focos hemorrágicos, causados por traumatismos.

Prof J. Ramos e Silva — Acentua a ocorrência das nodosidades juxta-articulares nas três treponematoses — sífilis, bouba e pinta — e a ineficiência evidente da sorologia na diferenciação etiológica. Quanto ao caso em aprêço, tudo leva a aceitar sua etiologia boubática. Concorda com o Prof. H. Portugal quanto à importância do traumatismo na eclosão das nodosidades.

Dr. R. D. Azulay — E' da mesma opinião que o Prof. Ramos e Silva. Qualquer das 3 treponemoses pode realizar êsse síndrome. O teste de Nelson não daria nenhum esclarecimento, pois resultaria positivo nas 3, conforme já foi verificado com sangue de doentes de framboésia e pinta. Quanto à inci-

dência diversa de nodosidades nos mesmos focos de famboésia, conforme chamou a atenção o Dr. Tavares, refere a raridade de nodosidades nos focos de bouba de Minas, segundo afirmação do Dr. Tancredo Furtado.

Dr. G. L. Rocha — O Dr. Tavares salientou o fato interessante do aspeto regional da síndrome. Crê que, quando êle refere o teste de Nelson, é para assegurar a etiologia treponêmica nos casos de Lutz-Jeanselme, e não para diferenciação entre as treponematoses. Quanto à citação feita de "que as nodosidades são causadas pelas treponemoses", deverá ser completada com a lepra, segundo verificou com Portugal, e ainda pela tuberculose (Brunauer). Desta maneira, as nodosidades de Lutz-Jeanselme constituem uma síndrome realizável por diversas infecções, inclusive as treponematoses.

Prof. F E. Rabelo — Pensa que, com respeito à velha questão de decidir sôbre sífilis e framboésia durante as fases tardias, estamos agora em 1953 como em 1933, isto é, inexistência de diferenças definidas. Outra coisa é decidir no caso concreto: aqui, tôdas as particularidades falam em favor da framboésia — a procedência do caso, a história, a queratodermia plantar, as bursistes múltiplas. O traumatismo pode ser um fator pelo menos adjuvante, como em um caso de Portugal e Rabelo, em que a nodosidade resultou de um hematoma. Já apenas o traumatismo não poderia ser uma explicação, *nem mesmo talvez as próprias treponematoses,* elas também necessitariam talvez de condições personalíssimas, tal como um terreno reumático. Seriam formas marginais entre as lesões específicas clássicas das treponematoses, e as lesões inespecíficas da "série reumática".

Dr. O. B Portella — Pouco se pode pretender da reação de imobilização do *Treponema* no diagnóstico diferencial entre sífilis e bouba. Os resultados são positivos com amostras de *Treponema pallidum* ou *Treponema pertenue,* usados como antígeno em presença de sôro boubático ou sifilítico. Determinações quantitativas do anticorpo imobilisante, feitas por Khan e col., mostraram alto grau de reatividade cruzada entre os sôros sifilítico e boubático, quando em presença de amostras homólogas e heterólogas de *Treponema.* Êsses resultados demostram, de maneira constante, títulos homólogos ligeiramente maiores que os heterólogos, isto é, sôro sifilítico fornece 50 % de imobilização em diluições maiores, quando em presença de amostra de *Treponema pallidum,* do que quando em presença de *Treponema pertenue,* o inverso ocorrendo com sôro boubático. Há, pois, estreita relação biológica entre as amostras de *Treponema,* e ligeira diferença antigênica entre as mesmas.

LÍQUEN PLANO DE MUCOSA — Dr. R. D. Azulay

Apresenta paciente adulto, que há muitos anos teve uma erupção pruriginosa acompanhada de elementos que parecem ter sido pápulas, segundo a descrição do paciente; não vimos o paciente nessa ocasião. Recentemente, o dentista chamou-lhe a atenção para o fato de ter lesões de bôca. O aspecto clínico e a histopatologia permitem o diagnóstico de líquen plano de mucosa; todo o resto do tegumento está normal.

Discussão:

Prof. J. Ramos e Silva — Concorda com o diagnóstico e diz que quanto mais vê casos de líquen plano mais perplexo fica em relação a maneira de compreender essa entidade mórbida e interpretar suas manifestações: lesões mucosas isoladas, lesões mucosas aparecendo muito tempo depois de ter amainado um surto cutâneo puro, recidivas sucessivas durante longos anos, ao contrário, surtos de evolução rápida e terminação definitiva, desconhecimento da etiologia, ineficiência total da terapêutica "clássica", etc. ...

CASOS DE TUBERCULOSE CUTANEA PELA HIDRAZIDA — Drs. R. D. AZULAY e A. VIVAS

Referem-se a 3 casos, dois de *T. cutis coliquativa* e um de lupus vulgar, tratados com 300 mg de hidrazida por dia; houve regressão completa das lesões; entretanto, um caso de *T. c. c.* apresentou uma recidiva após 6 g de hidrazida.

DISCUSSÃO:

Dr. M. Rutowitsch — Afirma que, em 2 casos que observou, absolutamente idênticos ao apresentado, verificou a resistência das lesões à hidrazida ou à estreptomicina, isoladamente. Sòmente após a associação da hidrazida, estreptomicina e vitamina D é que as lesões entraram em regressão e cura clínica. Os doentes estão em observação há cêrca de 6 e 8 meses, respectivamente, e, até agora, não se verificaram recidivas.

Dr. G. L. Rocha — "Há cêrca de 6 meses passados, trouxemos à Sociedade os primeiros casos de tuberculose coliquativa, tratados pela hidrazida. Um dos casos que ainda estamos acompanhando acha-se completamente curado, mesmo a lesão óssea de que a paciente era portadora. Temos outros casos em tratamento, com bons resultados, ficando, desta maneira, comprovados os bons êxitos da indicação da hidrazida em tuberculose cutânea, como os casos agora apresentados vêm referendar."

'KNUCKLE-PADS" — Prof. J. RAMOS E SILVA

Apresenta a documentação relativa ao paciente 5.621 do Dep. de Dermatologia da Policlínica Geral, o qual apresentava *knuckle-pads* sôbre as articulações inter-falangianas próximas do medio direito e do anular esquerdo. Insiste sôbre a esclerose dérmica verificada na biópsia, fenômeno que não foi devidamente considerado por alguns dos autores que ùltimamente se ocuparam da questão e que permite considerar esta pequena afecção, inicial e principalmente, como uma alteração do tecido conjuntivo e não meramente uma calosidade, como o fazem perssupor as designações "tilose" e "helodermia".

DISCUSSÃO:

Prof. H. Portugal — Felicita a Sociedade pela brilhante comunicação do Prof. Ramos e Silva. Diz ainda que entre os fatores causais figura a tendência à esclerose dos tecidos peri-articulares, conforme assinala Policard.

Dr. E. Drolhe da Costa — Diz que o trabalho que o Prof. Ramos e Silva apresentou é deveras interessante, como são todos os casos que êle apresenta. Refere que no "Year Book" de 1938 são citados 2 casos em que as lesões não atingiam os polegares. Pergunta ao Prof. Ramos e Silva se, nos casos apresentados, haviam lesões com aquela localização.

Prof. J. Ramos e Silva — Agradece as referências feitas ao seu trabalho e responde que, tanto nas descrições clássicas como no caso que serviu de base à comunicação, os dedos polegares são poupados.

ERITEMATODES FEBRIL COM TUBERCULIDE PÁPULO-NECRÓTICA — Dra. CECI MASCARENHAS DE MEDEIROS

Esta comunicação será oportunamente publicada, na íntegra.

DISCUSSÃO:

Prof. F. E. Rabelo — Conquanto não seja *strictu sensu* uma forma tuberculosa, nem mesmo uma tuberculide, o *erythematodes* ainda convém ser admitido como uma reação patérgica eventualmente dentro do ciclo funcional da tuberculose. Isto vale sobretudo para o *erythematodes* vulgar ou fixo que em certo número de casos assenta — sem perder sua autonomia, em doentes antigos portadores de tuberculose coliquativa, ou de tuberculide pápulo-necrótica.

No presente caso, o interêsse está em que a forma febril ou maligna foi precedida por surtos longo tempo repetidos de tuberculide pápulo-necrótica, não se tratando, portanto, da exacerbação de uma forma fixa.

Na doente estudada em 1949 por Poehlman, um *erythematodes* vulgar ou fixo coexistia com tuberculide pápulo-necrótica, e a tuberculina subcutânea reagia "focal" em todos os seus elementos eruptivos. Por isso, depois de curadas as tuberculides sob As, e não sendo influenciadas as lesões do *erythematodes*, julgou Poehlman acertado tentar a cura do *erythematodes* pela dessensibilização tuberculínica a partir do milionésimo de miligrama — com reação focal e erupção semelhante a *lichen scropholosorum*, até a cura completa com 8 injeções de tuberculina em doses crescentes, aumento de pêso de 3,800 k.

Nada faltava a êste caso, nem mesmo a prova crucial exigida por Jadassohn, isto é, a biópsia típica não tuberculóide da lesão em reação focal.

Em nosso trabalho a ser publicado sôbre as "dermatoses da série reumática" se propõe admitir entre as moléstias específicas — sífilis, tuberculose, etc., de um lado, e as moléstias inespecíficas da "série reumática" de outro — a existência de forma "marginais", entre as quais estão não só certos casos de *erythematodes*, como ainda certas erupções "sub-limiais", isto é, que não chegam a caracterizar-se como tuberculide pápulo-necrótica, ou como *lichen scropholosorum*.

Sessão de 29 de abril de 1953

ORDEM DO DIA:

DAS LESÕES TRÓFICAS OBSERVADAS EM DOENTES PORTADORES DE VÍCIOS DA COLUNA LOMBO-SACRA — Dr. D. PERIASSÚ

Apresenta o caso de uma moça de 27 anos, solteira e virgem, que vem apresentando, há algum tempo, engrossamento das plantas dos pés. Foi, também, referida, pela paciente, dor ao nível das cadeiras, coincidindo com o aparecimento das lesões. A posição sentada cança a paciente, as atividades em posição curvada provocam dores.

Ao exame, constatou hiperceratose difusa, principalmente nas zonas de maior pressão, e, por vêzes, tilose em alguns metatarsos. A paciente foi submetida a uma radiografia de coluna, que revelou uma sacro-ileíte e escoliose lumbar.

Esta observação já foi realizada em uma dúzia de casos. Têm sido afastadas outras causas etiológicas — pesquisa de cogumelos, sorologia, menopausa, etc.

DISCUSSÃO:

Dr. E. Drolhe da Costa — "O trabalho do Dr. Periassú, muito bem documentado, quer dermatològicamente, quer mesmo no terreno da neurologia, é bastante interessante.

Eu mesmo já havia observado alguns casos de espondilartiose com presença de ceratose plantar, cuja causa eu poderia pensar em várias, — menopausa, cogumelo, sorologia, etc., e nunca numa sacro-ileíte, espondilite, etc.

Felicito o Dr. Periassú pela observação dos casos apresentados, aconselhando-o a que continue seu interessante trabalho e sugerindo a idéia de colaboração dos neurologistas e ortopedistas".

SÔBRE AS FORMAS CLÍNICAS DE ERITEMATODES — Prof. J. RAMOS E SILVA

Mostra a oposição que existe entre as formas localizadas e as formas sistêmicas do lupo eritematoso. Apresenta, discute e defende o seguinte quadro de classificação:

Formas clínicas do eritematodes:

A — Formas localizadas, com as variedades:

a) aguda ou sub-aguda
b) crônica, l. e. fixo ou discóide
c) migrans
d) múltipla
e) hipodérmica ou nodular

B — Formas sistêmicas, com as variedades:

a) sub-aguda
b) aguda, l. e. exantemático, lupo-eritêmato-viscerite
c) purpúrica
d) lenta.

DISCUSSÃO:

Dr. E. Drolhe da Costa — "Ninguém melhor que o Prof. Ramos e Silva poderia falar em classificar as formas clínicas do eritematodes, tal o número de casos que êle tão bem tem estudado, já contando com bom material em seu bem organizado Serviço de Dermatologia na Policlínica do Rio de Janeiro. Tudo que Ramos e Silva faz é perfeito, correto; tem a facilidade de transmitir o que sabe, de uma maneira simples e compreensível; é um prazer, para todos nós, ouvi-lo nesta Sociedade, porque com êle temos sempre o que aprender."

LUPUS VULGAR TRATADO PELA HIDRAZIDA — Dr. A. VIVAS

Esta comunicação será oportunamente publicada.

Análises

MADUROMICOSE DA FACE. ANTONIO CORREIA e CELESTE FAVA NETO. *Rev. do Hosp. das Clínicas*, S. Paulo 8:10(jan.), 1953.

Os autores apresentam um caso de maduromicose da face, comprometendo pele e tecido subcutâneo, com o aspecto de lesões fistulizadas múltiplas.

O estudo micológico do material das fistulas permitiu a classificação do parasita como sendo do gênero *Madurella* sem possibilidade de identificar a espécie.

A cura das lesões foi obtida com tratamento iodado, oral e local, associados à roentgenterapia, tendo sido ineficazes a penicilina e a sulfamidoterapia.

Resumo dos autores.

PAPEL DO B.C.G. NA PROFILAXIA DA LEPRA. E. BUDIANSKI e E. C. CAMPOS. *Rev. Med. R. G. do Sul*, 9:178(jan.-fev.),1953.

Sabido que uma lepromino-reação positiva revela um estado de resistência ao agente etiológico da lepra, e tendo conhecimento de trabalhos nacionais e estrangeiros nesse sentido, os autores resolveram observar a ação do B.C.G. e sua influência sôbre a viragem daquela intradermo-reação. Foram estudadas 38 crianças, entre 5 meses e 13 anos, reagindo negativamente à lepromina e à tuberculina, as quais, após calmetização, foram submetidas a novos testes leprominicos e tuberculínicos. Verificou-se, então, que houve 78,9 % de reações leprominicas positivas, 10,5 % de reações duvidosas e 10,5 % de negativas, o que indica uma nítida e indiscutível ação leprominopositivante do B.C.G., administrado por via oral, e, portanto, uma possível ação protetora contra a lepra. Sugerem os autores a necessidade do estabelecimento de um plano de estudos que vise observar o comportamento dos individuos calmetizados em relação à infecção leprótica, quando em contato com o foco, tal como se vem fazendo em relação à infecção tuberculosa.

Resumo dos autores

ASPECTOS HEMATOLÓGICOS DO LUPUS DISSEMINADO. ANOTAÇÕES SÔBRE A CHAMADA CÉLULA DE HARGRAVES. MICHEL JAMRA, TERESINHA VERRASTRO, ANTONIO BRAXS e FERNANDO TEIXEIRA MENDES. *Rev. paulista de med.*, 42:171 (mar.), 1953.

Os autores apresentam os dados clínicos e hematológicos colhidos da observação reiterada de 15 casos de lupus disseminado. Chamam a atenção para as

formas não cutâneas e para o fato de que a maior parte (11 de 15 doentes) desenvolve a moléstia sob um curso crônico. Classificam a entidade em quatro formas principais, conforme haja ou não lesão cutânea: esta ocorreu em 11 dos 15 casos. Ocorre forma visceral aguda que pode evoluir sem lesão cutânea. Não estando sempre presente a lesão da pele, os autores preferem designar a entidade como "lupus disseminado" ou "colagenose lúpica".

Hematològicamente, os autores verificaram que há anemia em pràticamente todos os pacientes num momento ou outro da evolução da moléstia. A leucopenia, verificada em cifras definidamente baixas em apenas 2 casos sôbre 15, pode ser substituída por leucocitose, seja por intercorrências, seja devido ao tratamento. A plaquetopenia ocorreu em 4 de 13 pacientes. Não se acompanhava de leucopenia simultânea. Foi verificado quadro de trombocitopenia nítida com petéquias, púrpuras e enterorragias que simulou púrpura trombocitopênica idiopática e onde leve hipertensão, com lesão renal, e hepatomegalia além de esplenomegalia, levaram ao diagnóstico exato para pesquisa da célula de Hargraves. No estudo da medula óssea, feito em 7 casos, verificou-se anaplasia da série granulocítica neutrófila, uma hipoplasia relativa da série eritroblástica e, em todos, um aumento além de 2,0% dos plasmócitos, que chegaram a 5,0, 7,5 e 10,0%.

A "célula do lupus disseminado", melhor chamada "célula de Hargraves", é patognomônica. Realiza-se por intervenção de um leucócito, neutrófilo segmentado na grande maioria das vêzes, eosinófilo ou monócito muito raramente, sôbre material de lise nuclear de segmentado neutrófilo ou de linfócito. Há necessidade de fazer a pesquisa da "célula de Hargraves" com mais de um creme leucocitário, pois há leucócitos pouco sensíveis ao fator plasmático provocador da fagocitose. Ocorreriam leucócitos pouco sensíveis e mesmo resistentes.

Sendo o quadro clínico do lupus disseminado muito complexo e muitas vêzes mal definido, sempre que houver febre não esclarecida, hemossedimentação acelerada sem causa aparente, anemia, hiperglobulinemia e plasmocitose medular não esclarecidas, púrpúras trombocitopênicas súbitas, tardias na vida, e idiopáticas, hepatosplenomegalias febris, nefropatias febris e pneumopatias com pleurises recidivantes, faz-se mister a pesquisa da "célula de Hargraves".

A negatividade da pesquisa não infirma o diagnóstico. E' sempre preferível repetir a prova, sobretudo nas fases de reagudização da moléstia. Nos períodos de reagudização pode-se encontrar a célula de Hargraves que estava ausente quando do período de latência clínica. Na prática da pesquisa da célula de Hargraves acreditamos útil empregar o "testemunho positivo", não só para verificar as condições em que ocorre a prova, como também para identificar o estado de reatividade ou não do creme leucocitário que se utilizou.

Resumo e conclusões dos autores.

CONSIDERAÇÕES SÔBRE VARIOS CASOS DE HEMOSSIDEROSE (DERMATOSE PIGMENTAR PROGRESSIVA, *PURPURA ANNULARIS TELANGIECTODES* E DERMATITE LIQUENÓIDE PURPÚRICA E PIGMENTADA). (CONSIDERACIONES SOBRE VARIOS CASOS DE HEMOSIDEROSIS-DERMATOSIS PIGMENTARIA PROGRESSIVA, *PURPURA ANNULARIS TELANGIECTODES* Y DERMATITIS LIQUENOIDE PURPURICA PIGMENTADA). L. M. Bechelli, L. Batista e F. L. Alayon. *Arch. argent. dermat.*, 2:281 (out.), 1952.

São relatados 4 casos de dermatose pigmentar progressiva, 2 de *purpura annularis telangiectodes* e 3 de dermatite liquenóide purpúrica e pigmentada, acompanhados de comentários sôbre os respectivos aspectos clínicos e o diagnóstico diferencial. Quanto aos exames laboratoriais complementares, foi verificado que o exame hematológico, bem como os tempos de sangramento e coagulação foram normais; entretanto, dosagens de vitamina C, realizadas em 6 pacientes, revelaram que em 4 havia um *deficit* dessa vitamina. O exame histopatológico mostra nas 3 doenças um aumento do número dos capilares

superficiais e capilarite; acham, porém, os autores que a capilarite é mais intensa e mais profunda na púrpura anular *telangiectodes*, atingindo a parte mais profunda do derma e o limite dermo-hipodérmico, o que explica a configuração das lesões e a atrofia. Na dermatite pigmentar progressiva a capilarite atinge o corpo papilar e a superior do derma, com discreto infiltrado inflamatório, enquanto na dermatite liquenóide purpúrica e pigmentada o infiltrado, por mais pronunciado, determina a formação de pápulas liquenóides.

Os autores apontam, como a base comum das 3 doenças, a capilarite com aumento da permeabilidade ou com fragilidade capilar, originada por causas toxinfecciosas mal conhecidas.

É aventada a hipótese de que os referidos quadros cutâneos não sejam pròpriamente entidades mórbidas distintas e isoladas, mas sim fases evolutivas de uma única afecção, tendo por substrato patogênico a capilarite.

A. Padilha Gonçalves.

"PYTIROSPORUM OVALE" NA POPULAÇÃO DE TUCUMÁN (R.A.) ("PYTIROSPORUM OVALE" EN LA POBLACION DE TUCUMÁN (R.A.) **F. J. Herrero.** *Arch. de Farm. y Bioq. del Tucumán,* 6:27, 1951.

A observação microscópica direta (estendido e coloração com azul de metileno a 1%, 10 minutos) do material proveniente do couro cabeludo de mais de 100 pessoas de ambos os sexos, da cidade de Tumucán (República Argentina), mostra:

1º) 99% das pessoas, em maior ou menor grau, apresentam em seu couro cabeludo o Pytirosporum ovale. A exceção foi uma criança de três anos de idade.

2º) Não há diferenças notáveis, relacionadas com o sexo ou a idade.

3º) Não há nenhuma relação (quantidade ou outro aspecto) entre a presença desta levedura e as afecções denominadas "caspa", "seborréia oleosa" e "alopecias".

4º) O Pytirosporum ovale é uma levedura saprófita do homem; a secreção normal ou anormal do couro cabeludo permite seu desenvolvimento.

Resumo do autor.

MELANOGÊNESE HUMANA: CITOLOGIA E HISTOLOGIA DE CÉLULAS DE PIGMENTO (HUMAN MELANOGENESIS: CYTOLOGY AND HISTOLOGY OF PIGMENT CELLS — MELANODENDROCYTES). S. W. Becker Jr., T. B. Fitzpatrick e H. Montgomery. *Arch. Dermat. & Syph.*, 65:511(maio),1952.

Os autores sugerem as denominações de "melanodendrócito" ou "melanogenócito" para as células prepostas à fabricação do pigmento melânico, a fim de substituirem as denominações clássicas de "melanoblastos" ou "células dendríticas".

O achado de melanodendrócitos não pigmentados, na junção epidermodérmica, por Bellingham e Medawa, confirmou-se.

Estudos posteriores foram feitos no sentido de mostrar que as células de Langerhans são idênticas aos melanodendrócitos.

O modo de divisão dos melanodendrócitos é antes mitótico do que amitótico ou amibóide. O número de melanodendrócitos encontrados em vários espécimes de pele normal, vitiliginosa e albina, foi constante. A variação do pigmento no vitiligo não estimulado e no albinismo é devida, por conseguinte, a uma variação na função fisiológica e não no número de melanodendrócitos.

Os melanodendrócitos foram as únicas células epidérmicas, nas quais a atividade da tirosinase demonstrou-se histoquimicamente.

Os melanodendrócitos foram as únicas células epidérmicas que produziram melanina, acentuando-se que esta melanina parece libertar-se dos dendritos na camada granulosa mais do que nas células basais.

Os cromatóforos continham melanina na junção epidermo-dérmica, mas o modo de transferência da melanina dos melanodendrócitos para os cromatóforos não foi encontrado.

OSVALDO G. COSTA

REAÇÃO ISOFÁSICA SEGUINTE A SUPERINFECÇÃO EXPERIMENTAL DE LEISHMANIA TRÓPICA (ISOPHASIC REACTION FOLLOWING EXPERIMENTAL SUPERINFECTION OF LEISHMANIA TROPICA). A. DOSTROVSKY, F. SAGHER e A. ZUCKERMAN. *Arch. Dermat. & Syph.*, 66:665(dez.),1952.

Os autores conseguiram superinfectar, experimentalmente, com *L. tropica*, pacientes portadores de leishmaniose cutânea reincidente. Decorridos 2 a 6 meses, nos pontos inoculados surgiram lesões clínica e histològicamente semelhantes à leishmaniose reincidente. Histològicamente, os elementos eruptivos apresentavam estrutura tuberculóide.

Estas superinfecções denominam-se reações isofásicas.

Os testes com leishmânia, nestes casos, são intensamente positivos em todos os pacientes, sendo que a imunidade foi insuficiente para prevenir a superinfecção

Interpreta-se êste fato no sentido de que o desenvolvimento da alergia e da imunidade contra a *L. tropica* são processos separados.

Não se demonstraram anti-corpos circulantes contra *L. tropica* nos sôros dos seis pacientes com leishmaniose reincidente.

OSVALDO G. COSTA

OXITETRACICLINA NO TRATAMENTO DA ACTINOMICOSE ORO-CÉRVICO-FACIAL (OXYTETRACYCLINE IN THE TREATMENT OF ORO-CERVICAL FACIAL ACTINOMYCOSIS). S. L. LANE, A. H. KUTSCHNER e R. CHAVES. J.A.M.A., 151:986 (21-mar.), 1953.

Doses diárias de 750 a 2.000 mgs. de oxitetraciclina (terramicina) foram administradas a portadores de actinomicose cérvico-facial, causada pelo *Actinomyces bovis*, durante períodos que variavam de 2 a 6 semanas. Em todos os sete casos submetidos a tratamento observou-se cicatrização completa das lesões.

Dêsses casos, 6 foram reexaminados após o tratamento entre o 6º e 10º meses de cura e em nenhum foi verificado qualquer sinal de recidiva. O outro paciente, 8 semanas após a alta voltou com início de recidiva: nesse doente, que havia sido tratado apenas durante 8 dias, foi novamente administrada a oxitetraciclina, porém associando-se ao idodeto de potássio, e à incisão e drenagem da área lesada.

A. PADILHA GONÇALVES.

PÊNFIGO FAMILIAR CRÔNICO, HAILEY-HAILEY (PÊNFIGO FAMILIAR CRÔNICO, HAILEY-HAILEY). F. NOUSSITOU, F. DORESKI e J. A. GOLDSTEIN. *Rev. argent. dermatosif.*, 36:121(jul.-set.),1952.

Após descrição das características clínicas e histológicas do pênfigo familiar benigno crônico, de Hailey-Hailey, bem como das diversas teorias etiopatogênicas e das últimas terapêuticas empregadas, os autores relatam um caso típico da

doença. Trata-se de um rapaz de 19 anos, portador, há 5 anos, de lesões úmidas, eczematiformes em ambos os lados do pescoço. O exame histológico confirmou o dignóstico clínico. Uma irmã do paciente, com 25 anos, examinada pelos autores, apresentava, também, lesões idênticas há um ano aproximadamente, e um outro irmão e o pai do paciente sofreram de lesões cutâneas semelhantes. E' o primeiro caso descrito na literatura nacional.

E. C. CAMPOS

O USO DO ALOE NAS ÚLCERAS DOLOROSAS DE ORIGEM VENOSA (EL USO DEL ALOE EN LAS ULCERAS DOLOROSES DE ORIGEN VENOSO). M. A. MAZZINI, M. J. T. AUSTER e E. GALANTE. *Rev. argent. dermatosif.*, 36: 136(jul.-set.),1952.

Os autores fazem referência inicialmente ao uso do aloe vera, desde os primórdios da civilização, na China e na índia, até os nossos dias, na cura de diversos processos dermatológicos, como eczema, queimaduras e radiodermites. Citam as características botânicas da planta e fazem referência às variedades "fructicosa" e "saponária", cultivadas na Argentina e utilizadas nos casos observados. Em virtude da conhecida ação calmante das fôlhas de aloe sôbre as dores insuportáveis das radiodermites, os autores resolveram empregar esta medicação em 10 pacientes portadores de úlceras da perna de origem varicosa e muito dolorosas. Usaram a fôlha fresca aplicada diretamente sôbre a lesão, recobrindo-a com papel celofan. Com exceção de um caso, que havia sofrido simpatectomia um ano antes, todos os demais apresentaram imediata atenuação e rápido desaparecimento total das dores. A cicatrização das lesões fez-se posteriormente, com ou sem associação de outras terapêuticas tópicas comuns e sem reaparecimento das dores em qualquer dos casos.

E. C. CAMPOS

DERMATOSE EXSUDATIVA DISCÓIDE E LIQUENÓIDE CRÔNICA (DERMATOSIS EXSUDATIVA DISCOIDE Y LIQUENOIDE CRONICA, SULZBERGER-GARBE). L. E. PIERINI, A. ZURITA e J. ABULAFIA. *Rev. argent. dermatosif.*, 36: 145(jul.-set.),1952.

Depois de fazer referência ao quadro clínico e histológico da moléstia e comentários sôbre os métodos terapêuticos usados, os autores relatam uma observação pessoal. Trata-se de um cidadão de 33 anos, de raça hebraica, com mais de 2 anos de evolução da doença e sem grande comprometimento do estado geral. O referido paciente melhorou durante os dois períodos de estada no hospital e curou prática e espontâneamente com a mudança de clima, porém, as lesões sempre recidivaram após voltar ao seu primitivo lugar.

E. C. CAMPOS

ACRODERMATITE CRÔNICA ATROFIANTE, PICK-HERXHEIMER (ACRODERMATITIS CRONICA ATROFIANTE, PICK-HERXHEIMER). D. O. PIERINI e J. ABULAFIA. *Rev. argent. dermatosif.*, 36:158(jul.-set.),1952.

Salientam os autores a raridade da afecção no país, onde até o momento foram assinalados apenas 8 casos, e relatam uma observação estudada num indivíduo ucraniano de 55 anos de idade, vivendo na Argentina há mais de

20 anos e apresentando tôda a sintomatologia clássica da moléstia. Empregado o tratamento pela penicilina (12.000.000 U), esta produziu diminuição da coloração roxo-violácea da pele e dos infiltrados.

E. C. CAMPOS

EPIDEMIOLOGIA E CONTRÔLE DA SÍFILIS ENDÊMICA. RELATÓRIO SÔBRE UMA CAMPANHA DE TRATAMENTO EM MASSA NA BOSNIA, (EPIDEMIOLOGY AND CONTROL OF ENDEMIC SYPHILIS. REPORT ON A MASS—TREATMENT COMPAIGN IN BOSNIA). E. I. GRIN. Editado pela World Health Organization. Genebra, 1953.

A monografia constitui uma importante contribuição para o estudo da sífilis endêmica, sobretudo no que concerne aos aspectos epidemiológico, clínico e laboratorial. São discutidos os fatores do ambiente e sua influência na perpetuação da infecção sob forma endêmica e na evolução da doença.

A obra está dividida nos seguintes capítulos: observações introdutórias sôbre a Bosnia-Herzegovina, origem e extensão da sífilis endêmica, o conceito da sífilis endêmica, considerações epidemiológicas, evolução natural da sífilis endêmica, organização da campanha contra a sífilis endêmica, tratamento da sífilis endêmica com PAM e esquemas empregados, redução do reservatório de infecção. No fim, vem um anexo, contendo um estudo, realizado por T. B. Turnes e D. H. Hollander, sôbre duas amostras diferentes de treponemas colhidas em casos de sífilis endêmica da Bosnia.

O texto é amplamente ilustrado por fotografias, mapas e desenhos diversos.

A. PADILHA GONÇALVES.

Notícias

Doenças venéreas

ATIVIDADES DO SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS DA PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL, NO 1.º TRIMESTRE DE 1953:

	JAN.	FEV.	MAR.
Casos de doenças venéreas diagnosticadas	985	1.127	904
Casos de sífilis	258	186	246
Casos de gonorréia	498	439	444
Casos de cancro venéreo	183	161	172
Casos de linfogranuloma	39	31	32
Casos de granuloma venéreo	1	2	0
Total de consultas	7.260	6.111	8.152
Injeções aplicadas	9.440	8.224	9.633
Sendo de penicilina	4.431	3.862	3.889
Exames de laboratório	3.630	970	870
Sendo de sorologia	2.702	2.680	3.142
Visitas feitas para recuperação de faltosos e investigação de contatos	77	50	59

NOTA: estes dados foram extraídos dos 13 Dispensários, do Hospital Eduardo Rabelo (CTR), do Laboratório Central de Sorologia e do Serviço de Investigação de Contatos, que compõem o SERVIÇO DE DOENÇAS VENÉREAS, da P.D.F.

Diversas

Em dias de maio último, conquistaram o título de livre-docente de dérmato-sifilografia da Faculdade de Ciências Médicas os Drs. R. D. Azulay, G. L. Rocha e D. Periassú, sócios efetivos da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

Os professôres I. Malagueta, P. Parreiras Horta, J. Ramos e Silva, F. E. Rabelo e H. Portugal constituiram a banca examinadora do concurso, no qual os candidatos apresentaram teses intituladas, respectivamente: "Leishmaniose tegumentar", " Sôbre 242 casos de sífilis recente tratados pelos métodos modernos" e "Amiloidose cutânea primitiva e, em especial, amiloidose moniliforme e em placas".

O Dr. F. Nery Guimarães, pesquisador especializado do Instituto Osvaldo Cruz e sócio efetivo da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, foi nomeado Perito de treponematoses e doenças venéreas, da Organização Mundial de Saúde.

Retificação

Em nosso primeiro número dêste ano, e como habitualmente fazemos, publicamos a relação dos sócios da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

Infelizmente, porém, por lamentável lapso, foi omitido, na publicação dêste ano, grande parte da mencionada relação, que saiu sem a indicação dos seguintes sócios efetivos:

Gerbase, José (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Hilário Ribeiro, 299 (Pôrto Alegre).

Gomes, Graco Leite (Ch. do Serv. de Dermat. do I.A.P.E.T.C.) — Praça Floriano, 55-4.º (Rio).

Gonçalves, Benjamin (General-Médico do Exército) — Rua Camaragibe, 13 (Rio).

Gontijo Assunção, João Batista (Assist. da Clín. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Goitacazes, 90, ap. 1001 (Belo Horizonte).

Gonzaga de Castro, Luiz (do Corpo de Saúde Naval) — Av. Copacabana, 1253, ap. 302 (Rio).

Greco, Armando — Rua Guarani, 179 (Belo Horizonte).

Greco, J. B. (Alergista em Belo Horizonte) — Rua Juiz de Fora, 349 (Belo Horizonte).

Grieco, Vicente (Livre-doc. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Rua Maria Paula, 62-7.º, conjunto 72 (S. Paulo).

Guimarães, Heitor — Rua Siqueira Campos, 1170 (Pôrto Alegre).

Guimarães, José Luiz — Alameda Nothmann, 668 (S. Paulo).

Guimarães, Newton Alves (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Univ. da Bahia) — Rua Afonso Celso, 28, ap. 14 — Barra (Salvador).

Jacintho, Romeu Vieira (Assist. vol. da Clín. Dérmato-Sifil. da Univ. do Brasil) — Rua Lavradio, 106, ap. 103 (Rio).

Lacaz, Carlos da Silva (Prof. Cat. de microbiol. e imunol. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Caixa postal 951 (S. Paulo).

Legene, Paulo Cardoso — Av. 13 de Maio, 13-11.º, s. 11 (Rio).

Leitão, Albino — Rua Campo Grande, 15 (Salvador).

Lembi, Alberto (Dermatologista do I.A.P.C.) — Rua Benjamin Constant, 113 (Rio).

Levi, Alberto Simão — Rua Santo Amaro, 14, ap. 75 (Rio).

Lima, Erasmo — Rua S. José, 85-6.º (Rio).

Lima, Gorki Mecking de (Doc.-livre de Anat. Patol. da Univ. do Rio Grande do Sul e patologista do Inst. Biol. do Dep. Est. de Saúde) — Rua Vicente da Fontoura, 2.676 (Pôrto Alegre).

Lira, Olavo de Andrade (Ch. do Serv. de Lepra da P.D.F.; Dermatologista do Inst. Clín. de Madureira) — Av. Maracanã, 33 (Rio).

Lobo, Jorge (Prof. Cat. de dérmato-sifil. da Univ. do Recife) — Rua Amaro Bezerra, 584 (Recife).

Lobo, Jorge Ernesto de Souza — Rua Oliveira da Rocha, 54, ap. 301 (Rio).

Lobo, Paulo de Souza (Ch. do Serv. de Dermat. e Radiot. da Policl. de Pescadores) — Rua Marquês de S. Vicente, 233 (Rio).

Lopes, Cid Ferreira — Rua Piauí, 923 (Belo Horizonte).

Lopez, Aurélio Ancona (Dermatologista do Hosp. do Serv. Social de Menores) — Rua Manoel da Nóbrega, 151 (S. Paulo).

Louzada, Antônio — Rua Santa Terezinha, 186 (Pôrto Alegre).

Na mesma relação saiu errado o endereço do Dr. José Rabinowits, que é Av. N. S. de Copacabana, 872, ap. 903 (Rio).

TRATAMENTO
DO
ACNÉ

Enxofre coloidal.
Hamamelis.
Óxido de titânio.

SACNEL

NÃO É GORDUROSO.
É DE EMPREGO AGRADAVEL

Uso externo

Enila

LABORATÓRIOS ENILA S. A. • RUA RIACHUELO, 242 • FONE 32-0770 • RIO

Aminobis

CARBONATO DE BISMUTO EM SUSPENSÃO AQUOSA COM AMINO-ÁCIDOS HEPÁTICOS E VITAMINAS A e D

AMINOBIS ADULTO: 0,08 de Bi metal por empola
AMINOBIS INFANTIL: 0,05 de Bi metal por empola

POSOLOGIA:

ADULTOS: 2-3 injeções por semana em série de 24 injeções.
CRIANÇAS: de acordo com a tabela que acompanha a caixa de **Aminobis Infantil.**

Instituto Therapeutico "Scil" Ltda.

RUA FRANCISCO MURATORI, 55

TEL.: 42-6641

RIO

antialérgico
químio-biológico

HIPOSULFOL

EXTRATO TOTAL E AMINO-ÁCIDOS EXPLÊNICOS
EXTRATO TOTAL E AMINO-ÁCIDOS HEPÁTICOS
HIPOSSULFITO DE MAGNÉSIO

INTRAMUSCULAR

1 EMP. DIARIA
(CX. DE 6 EMP., DE 5 CC)

LABORATÓRIOS FARMACÊUTICOS HORMUS LTDA.
PRAÇA DA BANDEIRA, 209 — DEP. DE PROPAGANDA 28-3114
RIO

VITAMINA H

O Laboratório Xavier tem a satisfação de apresentar à ilustre classe médica o primeiro preparado de Vitamina H do Brasil e, talvez, da América do Sul.

O grupo da vitamina H, compreendendo a própria biotina e os chamados bios, constitue uma promissora esperança para a terapêutica.

Depois que foi descoberta e plenamente confirmada a existência de fatôres alimentares cuja carência na dieta produzia, nos animais de prova, lesões caracteristicas da pele, surgindo como conseqüência lógica e natural a idéia de aproveitar esta mesma substância no tratamento de afecções cutâneas do homem, reconheceu-se que a levedura é uma fonte rica dêstes fatôres, que receberam a designação de vitamina H (Hautvitamin — vitamina da pele).

Também a peptona, de há muito utilizada no arsenal terapêutico dermatológico, possue sempre um elevado teor em vitamina H, o que justifica o seu êxito, assim como o da levedura de cerveja, no tratamento de eczemas e outras moléstias da pele.

Não foi ainda possivel delimitar com precisão o alcance total do emprêgo da vitamina H em dermatologia, porém, resultados incontestes se obtem com seu emprêgo em diferentes tipos de eczema, furunculose, acne, psoriase, e estados seborrêicos, particularmente no lactente.

O Laboratório Xavier vem de oferecer ao julgamento da classe médica um preparado de vitamina H em estado de absoluta pureza.

VITAMINA H FONSECA RIBEIRO

Um produto do Laboratório Xavier

EMPÔLAS		COMPRIMIDOS	
Vitamina H equivalente a de levedura.	2,0 grs.	Vitamina H equivalente a 10,0 grs. de levedura.....	0.005
Veiculo isotônico	1 cc.	Fosfato tricálcio.	0,18
		Excipiente q. s.....	0,20

Caixas de 6 empôlhas de 1 cc. e vidros de 15 comprimidos

Eczema — Furunculose — Estados seborrêicos — Afecções da pele

★

LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Colaboradores científicos: PROF. DR. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO
PROF. DR. GENÉSIO PACHECO

Rua Tamandaré, 553 — Caixa Postal, 3331 — São Paulo

Depósito no Rio de Janeiro
Rua Mayrink Veiga, 11 — 9º pavto.

Depósito em Pôrto Alegre
Rua Dr. Flores, 458 — R. G. do Sul

Representantes nos demais Estados

ALERGIPAN

Dessensibilisante — Recalcificante — Antitóxico
(*Hipossulfito de Magnésio, Gluconato de Cálcio e Acido Nicotinico*)

INDICAÇÕES

Eczemas — Urticária — Pruridos — Reações do sôro
Intoxicações endógenas e exógenas

Caixa com 6 empôlas de 5 cm3, para adultos, e de 2 cm3, para crianças
1 a 3 empôlas diáriamente, por via intramuscular
Injeções indolores

●

MACROPLEX

Anti-anêmico potenciado pelo Complexo B
(*Extrato de fígado, Mucosa gástrica, Cloridrato de tiamina, Riboflavina* (B2) *e Nicotinamida* (fator pp)

INDICAÇÕES

Anemias em geral — Sindromes neuro-anêmicas — Insuficiência hepática — Hepatites e Hepatoses
Caixa com 6 empôlas de 2 cm3
1 a 2 empôlas diáriamente, por via intramuscular

LABORATÓRIO FARMACÊUTICO "MAGNUS" LTDA.
Rua Almirante Baithazar, 501
Fone: 28-1208 — S. CRISTOVAO
End. Telegráfico: «LAFAMAG»
RIO DE JANEIRO

ANTISIFILÍTICO E TÔNICO NERVINO.

POR EMPÔLA DE 2 c. c.
0,145 DE FOSFATO DE BISMUTO EQUIVALENTE A:
BISMUTO METÁLICO . . . 0,10
FOSFATO DE SÓDIO . . . 0,10

FOSFOBISMOL

LABORATÓRIO GROSS RIO DE JANEIRO

VACIDERMON

■ ■ UM PRODUTO CONSAGRADO ■ ■

■ ■ EM SUA NOVA FORMULA ■ ■

POMADA DE VACIDERMON
COM SULFANILAMIDA Á
5 °/o

PIODERMIAS,
FERIDAS INFECTADAS,
FLEIMÕES. ABCESSOS,
ETC.

LABORATORIOS TOSTES S.A.

CAIXA POSTAL 553 - RIO

MATERIAL HOSPITALAR S. A.

AV. ALMIRANTE BARROSO, 91-11° and.

Tels. 42-5377 e 42-9939

RIO DE JANEIRO

Filial em São Paulo: RUA MARCONI, 124 — 5° andar
Telefone 4-4497

REPRESENTANTES EXCLUSIVOS PARA O BRASIL DE

KELLY-KOEET Mfg. Co.

Aparelhos de raios X para diagnóstico. Terapia profunda e terapia superficial.

CANADIAN RADIUM & URANIUM CORP.

Radium para fins terapêuticos.

WILMOT CASTLE Co.

Aparelhagem de esterilização, lâmpadas cirúrgicas, etc.

CAMBRIDGE INSTRUMENT Co.

Eletrocardiógrafos — Estetógrafos — Esfigmógrafos "Cambridge".

THE ELECTRO-MEDICAL LABORATORY, INC.

Electroencefalógrafos Garceau.
Aparelhos de fisioterapia.

LEKTRA LABORATOIRES INC.

Aparelhos de eletro-choque "Lektra".

DERMOFLORA

Sabonete antissético, preparado exclusivamente com plantas medicinais. Indicado nas irritações da pele, comichões, frieiras, eczemas, etc.

Produto da FLORA MEDICINAL.

Fórmula do Dr. MONTEIRO DA SILVA.

Licenciado pelo Departamento Nacional de Saúde.

J. MONTEIRO DA SILVA & CIA.

Rua 7 de Setembro, 195 **Rio de Janeiro**

BEPANTOL "ROCHE"

PANTENOL

(Álcool de ácido pantotênico)

EMPÔLAS e COMPRIMIDOS

Hepatopatias; gastro-enterites crônicas; bronquites; rinites; acroparestesias; câimbras musculares noturnas; dermatoses alérgicas e pruriginosa; desidrose.

SOLUÇÃO e POMADA

Queimaduras; úlceras crônicas; feridas; afecções do sistema piloso; afecções inflamatórias das mucosas da bôca, da faringe, das fossas nasais, etc.

ACONDICIONAMENTOS

Caixas de 3 e de 25 empôlas de 2 cm3 a 500 mg.
Tubo de 20 comprimidos a 100 mg.
Frascos de 50, 250 e 1.000 cm3 de solução a 5 %
Bisnagas de 30 g e 180 g de pomada a 5 %

PRODUTOS ROCHE
Químicos e Farmacêuticos S. A.
Rua Morais e Silva, 30
Rio de Janeiro

OS GRANDES RECURSOS TERAPÊUTICOS DA MEDICINA MODERNA

ANTILEBBRINA

Lepra, em tôdas as suas manifestações. Medicação recomendada pelos grandes especialistas do mal de Hansen. Indolor. Atóxico. Tonifica simultâneamente o organismo.

Ésteres etílicos do óleo de chaulmoogra: 80% (hydnocarpus Wightiana). Vitaminas "D" cristalizada (40 milhões U. I. por grama). Óleo concentrado em Vitamina "A" (500 mil U. I. por grama). Ciclofórmio. Cânfora. Timol. Óleo de amendoim purificado.

NEO-VALEOL

Tônico. Restaurador orgânico. Vitaminico. Anti-infeccioso. Eutrófico. Todo e qualquer estado de subnutrição. Desmineralização orgânica. Anemia. Estados pré-tuberculosos. Tuberculose. Infartos ganglionares em geral. Bacilose. Escrofulose. Raquitismo. Diatesis exsudativa. Avitaminoses. Emagrecimenda. Convalescença das moléstias infectuosas agudas. Avitaminoses. Emagrecimento rápido sem causa aparente. Enfraquecimento.

Ésteres estílicos do óleo de chaulmoogra 60 %. Óleo concentrado em vitamina "A" (500 mil U. I. por grama). Vitamina "D" cristalizada (40 milhões U. I. por grama). Gomenol. Ovo lecitina. Cinamato de benzila. Cânfora. Óleo de amendoim purificado.

IPOTENSOL

Rodanato de sódio veiculado em xarope de café. Para todos os fenômenos de hipertensão arterial. Nos aneurismas, hemorragias e aortites. Metrites intersticiais e crises hipertensivas da menopausa. Indicado ainda nas cardiopatias senis.

VALEOL

Esteres de óleo de chaulmoogra, 60%; lipóides de óleo de fígado de bacalhau e vitaminas "A" e "D". Contra a tuberculose, linfatismo e depauperamento orgânico. No raquitismo, e no emagrecimento sem causa aparente. Indolor e atóxico. Não tem contraindicação de qualquer espécie.

ACTINOSAN

Sinérgico. Mineralizante. Vitaminico. Anti-infeccioso. Restaurador orgânico. Tuberculose. Escrofulose e infartos ganglionares em geral. Crescimento retardado. Distrofias da infância. Estados de subnutrição. Desmineralização orgânica. Diatesis exsudativa. Atrepsia. Raquitismo. Avitaminoses. Convalescenças de doenças infectuosas agudas.

Ésteres etílicos do óleo de chaulmoogra 60%. Óleo concentrado vitamina "A" (500 mil U. I. por grama). Vitamina "D" cristalizada (40 milhões U. I. por grama). Cinamato de benzila. Cânfora purissima. Óleo de amendoim purificado.

ORTOFENOL

Medicação bactericida inespecífica e polivalente.

Núcleo albuminato de sódio 5%; Ácido Ortofenol Sulfônico a 0,50% e Solução Milesimal de Adrenalina a 1,0%.

CLOROCALCINA

(Líquida ou granulada)

Recalcificante hemostático e anti-anafilático indicado nas perturbações do crescimento, nas hemorragias em geral, agindo também como anti-espasmódico. Ótimo na consolidação das fraturas e nas cáries dentárias. Magnífico recurso no aleitamento.

UROSIL

Organização miscelar de lítio, cesio e rubídio. Notável ação específiia sôbre o metabolismo das substânciias purínicas geradoras do ácido úrico. Poderoso solvente dos cálculos renais de ótima tolerância e assimilação.

BRONCOSIL (Injetável)

Gomenol, quinina básica, terpinol, cânfora e guaiacol, aliados ao óleo de fígado de Hipoglossus. Melhora a circulação pulmonar, sana a pululação de germens patogênicos e facilita a expectoração. Ótimas propriedades anti-gripais e febrífugas, facilitando a respiração.

INSTITUTO CIENTÍFICO S. JORGE S. A.

Sede: Rio de Janeiro (rua Senador Dantas, 41)

Belo Horizonte: rua Rio de Janeiro, 195-1°, S. 115 e 116

São Paulo: rua Aurora, 271

THE IDEAL BISMUTH COMPOUND FOR INJECTION

1. *Constant metallic content and stability of salt.*
2. *Exact dosage (difficult in suspensions).*
3. *Post-injection depot absorption in three to seven days and a known longer interval if accumulation is desired.*
4. *Constant excretion level permitting blood stream circulation.*
5. *No local pain.*
6. *No abscesses.*
7. *Tissue-soluble (no granular depots, insoluble soaps, calcification).*
8. *Self-esterilizing.*
9. *Freedom from complications such as extensive mouth deposits or attacks on special structures such as vascular system and bone marrow.*
10. *Good clinical results.*

(STOKES — Modern Clinical Syphilology, 1944).

BISMUTHION

Bismuto metálico óleossuspenso, dosado a 10 e 20 cg por empôla

RESPONDE AOS PRINCIPAIS REQUISITOS EXIGIDOS POR STOKES DE UMA PREPARAÇÃO BISMÚTICA IDEAL, APRESENTANDO:

- ★ **Teor metálico constante**
- ★ **Dosagem exata**
- ★ **Absorção regular**
- ★ **Ausência de dôr, abcessos ou nódulos**
- ★ **Tolerância perfeita**
- ★ **Bons resultados clínicos**

Sulfacilin

Associação de Sulfa à Penicilina — G

Pó — Comprimidos

COMPOSIÇÃO:

Medida — (Pó)	**Penicilina G Potássica**		**100,000 U.O.**
Comprimidos	**Sulfa**	**Diazina**	**0,170**
		Mezarina	**0,170**
		Metazina	**0,170**

Sinergismo Perfeito

Tolerância Absoluta

Ausência de Toxidez

SULFACILIN — Tem indicações mais amplas que os componentes isolados

Produto da

BRISTOL — LABOR, S. A.

SANTO AMARO — S. PAULO

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas secções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 200,00, para o Brasil, e Cr$ 240,00 para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 60,00 na época, e de Cr$ 70,00, quando atrazado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçada ao encarregado geral, Sr. EDEGARD GOMES, por intermédio da caixa postal 389, Rio de Janeiro (telefones : 32-1347 e 42-6540).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, consequentemente, à propriedade plena dos seus autores. Esses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês, ou dia e mês se o periódico for semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo da matéria.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes, bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

É vedada a reprodução, sem o devido consentimento dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, da matéria nos mesmos publicada.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos nos trabalhos nêles publicados.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

VOL. 28 (1953) — N. 2 (Junho)

Págs.

TRABALHOS ORIGINAIS:

Relação entre tempo e dose na penicilinoterapia, especialmente no que se refere à bouba — **Delmar K. Kitchen** e **Charles R. Rein** 85

O eczema profissional — **E. Brum Negreiros** 101

ARTIGO ESPECIAL:

Nomenclatura dermatológica — **F. E. Rabelo** 111

BOLETIM DA SOC. BRASIL. DE DERMAT. E SIF.: 139

ANALISES: 145

NOTICIAS: 151

ESCABIOSE
E OUTRAS PARASITOSES CUTÂNEAS

ECZEMAS AGUDOS E SUB-AGUDOS
PRURIGOS PRURIDOS

ACNE, ECZEMAS SEBORRÉICOS, FOLICULITES PITIRIASIS VERSICOLOR ERITRASMA

DERMITES ERITEMAS QUEIMADURAS DE SOL E TODOS OS PROCESSOS EXSUDATIVOS DA PELE

RACHADURAS DOS SEIOS ERUPÇÕES DA PELE E DERMATOSES DOS BEBÊS

ACNE - HYPERTRICOSE
PRURIDO VULVAR
HYPOPLASIA MAMÁRIA

PSORIASIS, ECZEMAS SÊCOS E CRÔNICOS, LIQUENIFICAÇÕES

ÚLCERAS VARICOSAS, ÚLCERAS TÓRPIDAS
ESCARAS DE DECÚBITO

PIODERMITES, IMPETIGENS ECZEMAS INFETADOS E FERIDAS SUPURADAS

LABORATORIOS BIOSINTETICA S. A.

SÃO PAULO - Praça Olavo Bilac, 105 - Fone 5-5621

JORNAL DO COMMERCIO — Rodrigues & C. — Av. Rio Branco, 117 — Rio de Janeiro — 1953